

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DEISI CRISTINE FORLIN BENEDET

A COMPETÊNCIA DA ENFERMEIRA PARA O CUIDADO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: PESQUISA-AÇÃO

CURITIBA

2021

DEISI CRISTINE FORLIN BENEDET

A COMPETÊNCIA DA ENFERMEIRA PARA O CUIDADO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE: PESQUISA-AÇÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Na Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem e Linha de Pesquisa Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda

CURITIBA

2021

Benedet, Deisi Cristine Forlin

A competência da enfermeira para o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico]: pesquisa-ação / Deisi Cristine Forlin Benedet – Curitiba, 2021.

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Ribeiro Lacerda

1. Enfermagem. 2. Competência profissional. 3. Cuidado pré-natal. 4. Educação em saúde. 5. Pesquisa em enfermagem I. Wall, Marilene Loewen. II. Lacerda, Maria Ribeiro. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 618.20231

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **DEISI CRISTINE FORLIN BENEDET** intitulada: **A COMPETÊNCIA DA ENFERMEIRA PARA O CUIDADO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PESQUISA-AÇÃO**, sob orientação da Profa. Dra. MARILENE LOEWEN WALL, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 31 de Março de 2021.

Assinatura Eletrônica
07/04/2021 08:07:52.0
MARILENE LOEWEN WALL
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
08/04/2021 08:44:33.0
SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
07/04/2021 13:58:28.0
IVETE PALMIRA SANSON ZAGONEL
Avaliador Externo (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE)

Assinatura Eletrônica
13/04/2021 16:31:58.0
ANDRÉA CRISTINA DE MORAIS CHAVES THULER
Avaliador Externo (null)

Assinatura Eletrônica
07/04/2021 12:44:27.0
MARILUCI ALVES MAFTUM
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Av. Prof. Lothario Meissner, 632, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80210170 - Tel: (41) 3361-3756 - E-mail: ppgenf@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 88322

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp>
e insira o código 88322

DEDICATÓRIA

Ao meu amado esposo **Saulo**, aos meus adorados pais **Nelci** e **Ivori** e à minha querida irmã **Drieli**, por todo apoio e amor incondicional.

À minha estimada orientadora, **Doutora Marilene**, por acreditar em minha competência para cumprir essa jornada.

Às enfermeiras que participaram deste estudo, pela confiança nas possibilidades desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, por me fortalecer e permitir ver as possibilidades diante dos obstáculos em minha caminhada. Obrigada Senhor!

Aos meus pais Nelci e Ivori, pelo amor incondicional e compreensão às minhas ausências, por me ensinarem a importância do conhecimento e de cultivá-lo. À minha irmã Drieli, pelo carinho, apoio e cumplicidade sempre. Amo vocês!

Ao meu esposo Saulo, pelo incentivo, paciência e persistência, por estar sempre ao meu lado nesta trajetória e no caminho que escolhemos seguir juntos. Te amo!

À minha orientadora, Professora Doutora Marilene Loewen Wall, por sua compreensão e apoio no caminho da pesquisa científica e nos percalços nestes mais de dez anos de convívio, gratidão pelo cuidado e competência que sempre teve comigo e para com os meus nesse processo, minha admiração e respeito eternos.

À Professora Doutora Maria Ribeiro Lacerda, por aceitar percorrer este caminho conosco, pelas ricas contribuições à construção desta pesquisa, sempre transmitidas com muita sabedoria e leveza ao conduzir esse processo de aprendizado.

Às professoras e integrantes do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem, em especial às Professoras Doutoras Silvana e Tatiane da área de Saúde da Mulher, pela acolhida durante esses anos e oportunizar conhecer pessoas incríveis que seguirão parte da minha vida.

Às Professoras Doutoras membros da banca, pela disponibilidade e por suas contribuições ao enriquecimento deste trabalho, meu muito obrigada!

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

À CAPES, pela bolsa concedida que possibilitou minha dedicação integral à pesquisa.

À PRPPG/UFPR, pelo apoio financeiro logrado com aprovação no Edital 04/2019 de Apoio à Pesquisa.

À todas as enfermeiras que participaram desta pesquisa e primorosamente contribuíram à sua efetivação, vocês foram excepcionais.

Às discentes do curso de Enfermagem Gabriella e Laura, e as já enfermeiras Raíssa e Raquel, pela contribuição à esta pesquisa e pela enriquecedora experiência de coorientá-las durante esse processo.

À amiga Louise, feliz reencontro proporcionado pelo Curso de Doutorado, pela parceria e apoio constantes nessa caminhada. Às amigas Rafaela e Andréa, pelo companheirismo e carinho sempre.

À amiga Doutora Célia, por seus ensinamentos e por sua doce e leve presença em minha vida.

A todos os não mencionados aqui, mas que de maneira direta ou indireta, fizeram parte desta conquista. Por cada palavra de incentivo, por cada abraço e cada oração, minha gratidão!

“O valor de todo o conhecimento está no seu vínculo com as nossas necessidades, aspirações e ações; de outra forma, o conhecimento torna-se um simples lastro de memória, capaz apenas - como um navio que navega com demasiado peso - de diminuir a oscilação da vida quotidiana” (Vasily Klyuchevsky)

RESUMO

Introdução: O período gestacional, uma complexa fase da vida da mulher e família, mesmo correspondendo a um processo natural, requer o acompanhamento por profissional de saúde competente para identificação de riscos e promoção à saúde. A enfermeira tem respaldo técnico-científico e legal para acompanhar integralmente o pré-natal de risco habitual e proporcionar um cuidado que responda às necessidades de saúde da gestante, devendo realizá-lo com competência, compreendida na presente pesquisa conforme referencial teórico de Le Boterf, sustentada no documento do *International Council of Midwives* (ICM) referente às competências essenciais para o exercício da obstetrícia. **Objetivo:** Promover o desenvolvimento da competência de enfermeiras para o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Pesquisa-ação com enfermeiras de um município da região metropolitana de Curitiba, Paraná. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 2.616.148, realizou-se, entre novembro/2018 e fevereiro/2019, observação não participante da consulta pré-natal de 16 enfermeiras, com registro em Diário de Campo e *Checklist*. No período de junho a agosto/2019 efetivaram-se três oficinas reflexivas com participação de 30 enfermeiras; por fim, entre dezembro/2019 e março/2020 foram reobservadas 12 consultas de pré-natal. A análise das consultas embasou-se no documento do ICM e as oficinas reflexivas foram analisadas segundo Creswell, com apoio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq). **Resultados:** Identificou-se uma prática inicial predominantemente mecanicista, com maior organização e apropriação do próprio processo de trabalho pelas enfermeiras durante as consultas reobservadas, mediante implementação e sugestões de ações para um cuidado com competência. O processo reflexivo durante as oficinas suscitou três categorias: I) “Elementos intervenientes ao cuidado de enfermagem no pré-natal”, com óbices de âmbito intrínseco e extrínsecos, centralidade das práticas no modelo biomédico de atenção à saúde, e o trabalho em equipe; II) “Potenciais no cuidado de enfermagem pré-natal”, a consciência profissional do diferencial do cuidado prestado e os instrumentos de registro que possibilitam a visibilidade do cuidado de enfermagem; e III) “A enfermeira competente no cuidado de enfermagem no pré-natal”, evidenciando a potencialidade do processo reflexivo e a percepção na necessidade de ampliação ao escopo de atenção para um cuidado com competência durante o pré-natal. **Considerações finais:** A promoção de reflexão-ação junto a enfermeiras quanto ao cuidado pré-natal na APS possibilitou o delineamento de elementos determinantes para esse cuidado com competência, alcançando-se e a incorporação de ações à prática, tomada de consciência e geração de conhecimento. Fortalecer as enfermeiras para a competência nesse cuidado perpassa os âmbitos: técnico, quanto a aspectos individuais e em equipe para processos sistematizados e embasados em evidências; educacional, abrangendo a formação consolidada nos valores genuínos da profissão; social, quanto a necessidade de engajamento junto a sociedade para visibilidade e valorização da profissão; e político, envolvendo a sinergia entre gestão e formuladores de políticas para o fornecimento de condições de trabalho que favoreçam e fomentem o cuidado integral e humanizado, para o protagonismo da mulher no processo gestacional, bem como a visibilidade e identidade da enfermagem como profissão.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Enfermagem. Competência profissional. Educação em saúde. Pesquisa em Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: The gestation period is a complex stage in the lives of women and their families. Although this period involves a natural process, it requires follow-up by a competent health worker to identify risks and promote health. Nurses have the technical, scientific, and legal support to fully and competently provide regular prenatal follow-up that meets the care needs of pregnant women. In the present study, this competency is viewed according to Le Boterf's theoretical framework, supported by the document of the International Confederation of Midwives (ICM) regarding the essential competencies for midwifery practice. **Objective:** To promote the development of nursing competencies for prenatal follow-up in primary health care. **Method:** Action research with nurses of a municipality in the metropolitan region of Curitiba, Paraná, Brazil. After approval by the Research Ethics Committee, opinion N°. 2,616,148, between November 2018 and February 2019, non-participant observation of the prenatal consultations of 16 nurses was carried out and recorded in a field journal and checklist. From June to August 2019, three reflexive workshops were conducted with 30 nurses and, finally, in December 2019 and March 2020, 12 prenatal consultations were re-observed. The consultations were analyzed according to the ICM document and the reflexive workshops were analyzed according to Creswell, using the open-source software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq). **Results:** A predominately mechanistic practice was initially identified, after which greater organization and appropriation of the work process was observed among the nurses during the re-observed consultations based on the implementation and suggestions of activities for competent care. The reflexive process during the workshops resulted in the following three categories: I) "elements involved in prenatal nursing care", with intrinsic and extrinsic obstacles, centrality of practices in the biomedical care model, and teamwork; II) "the potential of prenatal nursing care", professional awareness of the particularity of prenatal care and record tools that enable the visibility of nursing care; and III) "the competent nurse in prenatal care", revealing the potential of reflexive processes and perception of the need to expand the scope for competent prenatal care. **Final considerations:** The promoted reflection and activities with nurses regarding prenatal follow-up in PHC outlined determining factors for care with competence and the incorporation of activities into practice, awareness, and knowledge generation. The empowerment of nurses for competency in prenatal care is based on the following core areas: technical, regarding individual and team factors for systematized and evidence-based processes; educational, including training based on genuine nursing values; social, involving the need to engage with society to ensure visibility and appreciation for nursing; and political, regarding the synergy between management and policy-makers to ensure work conditions that facilitate and promote comprehensive and humanized care and support the role of women in the gestation period and the visibility and identity of nursing as a profession.

Keywords: Prenatal Care. Nursing. Professional Competence. Health Education. Nursing Research.

RESUMEN

Introducción: El período gestacional, una fase compleja de la vida de la mujer y de la familia, aun correspondiendo a un proceso natural, requiere un seguimiento por parte de un profesional de la salud competente para la identificación de riesgos y la promoción de la salud. La enfermera tiene respaldo técnico-científico y legal para acompañar integralmente el prenatal de riesgo habitual y proporcionar un cuidado que responda a las necesidades de salud de la gestante, por lo que lo realizará con competencia, comprendida en la presente investigación según el referencial teórico de Le Boterf, sustentado en el documento del *International Council of Midwives* (ICM) referente a las competencias esenciales para el ejercicio de la obstetricia. **Objetivo:** Promover el desarrollo de las competencias de las enfermeras para la atención prenatal en la Atención Primaria de Salud. **Método:** Investigación-acción con enfermeras de un municipio de la región metropolitana de Curitiba, Paraná. Tras la aprobación por el Comité de Ética en Investigación bajo el parecer n° 2.616.148, se realizó, entre noviembre/2018 y febrero/2019, la observación no participante de la consulta prenatal de 16 enfermeras, con registro en Diario de Campo y Lista de Comprobación. De junio a agosto/2019, se realizaron tres talleres reflexivos con la participación de 30 enfermeras; finalmente, entre diciembre/2019 y marzo/2020, se reobservaron 12 consultas prenatales. El análisis de las consultas se basó en el documento del ICM y los talleres reflexivos fueron analizadas según Creswell, con el apoyo del software Interface de R *pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (Iramuteq). **Resultados:** Se identificó una práctica inicial predominantemente mecanicista, con mayor organización y apropiación del propio proceso de trabajo por parte de las enfermeras durante las consultas reobservadas, a través de la implementación y sugerencias de acciones para un cuidado competente. El proceso de reflexión durante los talleres dio lugar a tres categorías: I) "Elementos intervinientes al cuidado de enfermería en el prenatal", con obstáculos de ámbito intrínseco y extrínseco, centralidad de las prácticas en el modelo biomédico de atención a la salud y el trabajo en equipo; II) "Potencialidades en los cuidados de enfermería prenatal", la conciencia profesional del diferencial de los cuidados prestados y los instrumentos de registro que permiten la visibilidad de los cuidados de enfermería; y III) "La enfermera competente en los cuidados prenatales", mostrando el potencial del proceso reflexivo y la percepción de la necesidad de ampliar el ámbito de atención para un cuidado competente durante la atención prenatal. **Consideraciones finales:** La promoción de la reflexión-acción con las enfermeras en relación al cuidado prenatal en la APS permitió delinear elementos determinantes para este cuidado competente, logrando la incorporación de acciones a la práctica, toma de conciencia y la generación de conocimiento. El fortalecimiento de las enfermeras para la competencia en estos cuidados pasa por los siguientes ámbitos: técnico, en lo que respecta a los aspectos individuales y de equipo para los procesos sistematizados y basados en la evidencia; educativo, que abarca la formación consolidada en los valores genuinos de la profesión; social, en lo que respecta a la necesidad de compromiso con la sociedad para la visibilidad y la valoración de la profesión; y político, que implica la sinergia entre la gestión y los formuladores de políticas para la provisión de condiciones de trabajo que favorezcan y fomenten los cuidados integrales y humanizados, para el protagonismo de

la mujer en el proceso gestacional, así como la visibilidad e identidad de la enfermería como profesión.

Palabras clave: Atención Prenatal. Enfermería. Competencia Profesional. Educación en Salud. Investigación en Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	– CICLO DA PESQUISA-AÇÃO.....	62
FIGURA 2	– ANÁLISE DE DADOS NA PESQUISA QUALITATIVA.....	83
FIGURA 3	– RELAÇÃO ENTRE AS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DO PROCESSO DE REFLEXÃO-AÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA PARA O CUIDADO PRÉ-NATAL.....	97
FIGURA 4	– DIAGRAMA DAS INTER-RELAÇÕES ENTRE OS ASPECTOS ENVOLVIDOS NA PROMOÇÃO DA REFLEXÃO- AÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA DE ENFERMEIRAS NO PRÉ-NATAL.....	115
FIGURA 5	– NUVEM DE PALAVRAS – TROUXE ÀS OFICINAS.....	116
FIGURA 6	– NUVEM DE PALAVRAS – DEIXO NAS E COM AS OFICINAS.....	117
FIGURA 7	– NUVEM DE PALAVRAS – LEVO DAS OFICINAS.....	118

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	– CARACTERÍSTICAS DE CONTEXTOS ORGANIZACIONAIS DIRECIONADOS À QUALIFICAÇÃO E À COMPETÊNCIA.....	53
QUADRO 2	– DEFINIÇÕES DE COMPETÊNCIA.....	53
QUADRO 3	– AMOSTRAGEM CONFORME MOMENTOS DA PESQUISA...	67
QUADRO 4	– ESTRUTURAÇÃO DAS OFICINAS SEGUNDO OS ITENS PROPOSTOS POR AFONSO (2013).....	70
QUADRO 5	– TEMPO DE GRAVAÇÃO DE CADA OFICINA.....	71
QUADRO 6	– OFICINA I: PLANEJAMENTO E AÇÕES DESENVOLVIDAS.....	72
QUADRO 7	– OFICINA II: PLANEJAMENTO E AÇÕES DESENVOLVIDAS.....	76
QUADRO 8	– OFICINA III: PLANEJAMENTO E AÇÕES DESENVOLVIDAS.....	79
QUADRO 9	– ESTRUTURA SÍNTESE DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	85
QUADRO 10	– PERFIL DE FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ATORES ENVOLVIDOS NA PESQUISA.....	88
QUADRO 11	– COMPETÊNCIAS GERAIS OBSERVADAS NA CONSULTA PRÉ-NATAL.....	90
QUADRO 12	– COMPETÊNCIAS REFERENTES AO CUIDADO PRÉ-NATAL.....	92
QUADRO 13	– ASPECTOS AVALIADOS COM ACRÉSCIMO NA FREQUÊNCIA DE REALIZAÇÃO DURANTE AS CONSULTAS DA OBSERVAÇÃO II.....	94
QUADRO 14	– REFLEXÃO-AÇÃO DE ENFERMEIRAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA NO CUIDADO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE.....	98

QUADRO 15	– AÇÕES INCORPORADAS E RECOMENDAÇÕES DAS ENFERMEIRAS APÓS OFICINAS REFLEXIVAS.....	119
-----------	---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ACS	– Agentes comunitários de saúde
APS	– Atenção Primária à Saúde
Apsus	– Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
CAPS	– Centros de Atenção Psicossocial
CHD	– Classificação Hierárquica Descendente
CIPD	– Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas
CNDM	– Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
COFEN	– Conselho Federal de Enfermagem
COVID-19	– <i>Coronavirus disease 2019</i>
DCN	– Diretrizes Curriculares Nacionais
Evinci	– Evento de Iniciação Científica
FIGO	– <i>International Federation of Gynaecology and Obstetrics</i>
Fiocruz	– Fundação Oswaldo Cruz
IC	– Iniciação Científica
ICM	– <i>International Midwives Union</i>
ICN	– <i>International Council of Nurses</i>
IPA	– <i>International Pediatric Association</i>
Iramuteq	– <i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
MS	– Ministério da Saúde
Nepeche	– Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem
NV	– Nascidos vivos
ODS	– Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	– Organização Mundial de Saúde
P-A	– Pesquisa-ação
PAISM	– Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher

PHPN	– Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PNAB	– Política Nacional de Atenção Básica
Proenf	– Programa de Atualização em Enfermagem
PRPPG	– Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
RAS	– Redes de Atenção à Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMM	– Taxas de morte materna
UESF	– Unidades com Estratégia Saúde da Família
UFPE	– Universidade Federal de Pernambuco
UFPR	– Universidade Federal do Paraná
VD	– Visita Domiciliar
WHO	– World Health Organization

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	21
1	INTRODUÇÃO.....	25
2	OBJETIVOS.....	32
2.1	OBJETIVO GERAL.....	32
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
3	CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA COM A LITERATURA.....	33
3.1	O CUIDAR EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL.....	33
3.2	DEFINIÇÕES DE COMPETÊNCIA NO PRÉ-NATAL.....	36
3.3	O PRÉ-NATAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	43
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	51
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	61
5.1	TIPO DE PESQUISA.....	61
5.2	APROXIMAÇÃO COM O CAMPO DE PESQUISA.....	63
5.3	CENÁRIO DA PESQUISA.....	64
5.4	ATORES DA PESQUISA.....	66
5.5	COLETA DOS DADOS.....	67
5.5.1	MOMENTO I – OBSERVAÇÃO I: Mapeamento e levantamento do cuidado de enfermagem na consulta pré-natal na APS.....	68
5.5.2	MOMENTO II – SEMINÁRIO: Oficinas Reflexivas com enfermeiras para o desenvolvimento de competência para cuidado pré-natal.....	69
5.5.3	MOMENTO III – OBSERVAÇÃO II: Monitoramento e avaliação da efetividade do processo reflexivo na prática profissional.....	81
5.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	82
5.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	85
6	RESULTADOS.....	87

6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	87
6.2	COMPETÊNCIAS OBSERVADAS NO CUIDADO PRÉ-NATAL.....	89
6.2.1	Competências gerais da enfermeira para a prática obstétrica.....	90
6.2.2	Competências na especificidade da pré-gravidez e pré-natal.....	91
6.3	O PROCESSO DE REFLEXÃO-AÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA NO CUIDADO PRÉ-NATAL.....	96
6.3.1	Avaliação das enfermeiras quanto ao processo de Oficinas Reflexivas..	116
6.3.2	Contribuições das enfermeiras para a prática profissional após Oficinas Reflexivas.....	119
7	DISCUSSÃO COM OS AUTORES.....	121
8	RECOMENDAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA DE ENFERMEIRAS NO PRÉ-NATAL DA APS.....	145
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	148
	REFERÊNCIAS.....	152
	APÊNDICE I – DOCUMENTO – COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A PRÁTICA DA OBSTETRÍCIA (ICM, 2019, VERSÃO TRADUZIDA)	172
	APÊNDICE II – ARTIGO: COMPETÊNCIA DA ENFERMEIRA NO CUIDADO PRÉ-NATAL: POTENCIALIDADES, ENTRAVES E POSSIBILIDADES.....	183
	APÊNDICE III – ROTEIRO PARA DIÁRIO DE CAMPO PROVENIENTE DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE DO CUIDADO PRÉ-NATAL.....	184
	APÊNDICE IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	190
	APÊNDICE V – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA.....	192
	APÊNDICE VI – CONTE-ME UM POUCO SOBRE VOCÊ.....	193
	ANEXO I – CONCORDÂNCIA DOS SERVIÇOS ENVOLVIDOS.....	194
	ANEXO II – APROVAÇÃO CEP.....	196

ANEXO III – ROTEIRO INCORPORADO PELAS ENFERMEIRAS	
PÓS-OFFICINAS REFLEXIVAS: REGISTRO NO	
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO – Consulta de	
vinculação.....	200

APRESENTAÇÃO

Para contextualizar o delineamento da temática abordada na presente pesquisa, apresento brevemente minha trajetória acadêmica e profissional. Minha aproximação com a pesquisa teve início em 2009, durante a graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná (UFPR), com a participação no Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (Nepeche), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, e o desenvolvimento de estudos na Iniciação Científica (IC) na temática do câncer de mama em mulheres. Durante a graduação, fui orientada pela Doutora Marilene Loewen Wall, tanto durante os dois anos e meio de IC, como na monografia intitulada “A prática de cuidado de enfermagem para o câncer de mama junto às usuárias de uma unidade de saúde”, apresentada no ano de 2011.

Como resultado dos estudos desenvolvidos naquele período, foram publicados os seguintes artigos na Revista de Enfermagem da UFPE *On Line: Government programs about breast cancer control in women: update* (2011), *Profile of women undergoing to cervical cytology examination at the Basic Health Unit - Nursing contributions to health promotion* (2012) e *Application of theories in studies on breast cancer: integrative review* (2014).

Além disso, foram feitas apresentações de trabalhos em eventos de Enfermagem, como no Evento de Iniciação Científica (Evinci) da UFPR (2010; 2011); XII Colóquio Panamericano de Investigación en Enfermería (2010); VI Seminário de Cuidado Humano em Enfermagem (2010); XIX Jornada de Jovens Investigadores (2011); III Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem: Avanços no Cuidado, Gestão e Política (2012); e Congresso Virtual Brasileiro - Convibra 2012: gestão, educação e promoção da saúde. A inserção nessas pesquisas me possibilitou conhecer uma organização não governamental que desenvolve ações de orientação para conscientização quanto ao câncer de mama, com isso, atuei como voluntária, desenvolvendo palestras e educação em saúde para mulheres sobre cânceres de mama e colo uterino e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Essas atividades foram realizadas no período de 2010 a 2012 e ocorreram em cinco cooperativas de produtores

rurais do Paraguai, direcionadas a esposas de associados e convidados, além de um evento comemorativo do dia internacional da mulher, que contou com a participação de, aproximadamente, 600 mulheres.

A experiência de desenvolver essas ações educativas à população, associada a atividades de docência realizadas durante a licenciatura, despertaram o interesse para atuar na área acadêmica, o que motivou meu ingresso no mestrado acadêmico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo no ano de 2012. Nesta formação, abordei uma das práticas do enfermeiro na Atenção Básica, a visita domiciliar (VD), como uma possibilidade de prática emancipatória, mediante o desenvolvimento de oficinas com enfermeiras da Atenção Básica. Essas discussões culminaram na construção conjunta de um roteiro de VD como prática emancipatória em saúde, intitulado “Que óculos você usa?”, como uma alusão às diferentes perspectivas com que o profissional pode olhar e desenvolver sua prática profissional. Esse roteiro posteriormente foi encenado pelas próprias participantes para produção de um vídeo, que pode ser utilizado tanto como material educativo junto a profissionais no serviço como na graduação.

Como desdobramentos da dissertação intitulada “A Visita Domiciliar do Enfermeiro na Atenção Básica: uma proposta de prática emancipatória” (2014), foi publicado na REEUSP o artigo intitulado “*Emancipatory practices of nurses in primary health care: the home visit as an instrument of health needs assessment*” (2014). O trabalho “Pesquisa-Ação com enfermeiros da atenção primária à saúde como instrumento de proposição de práticas emancipatórias em saúde” foi apresentado na 22ª IUHPE World Conference on Health Promotion. Outros eventos com trabalhos apresentados resultantes dessa pesquisa foram I Mostra de Trabalhos do PPGE-EEUSP (2013), 13º Congresso Paulista de Saúde Pública (2013), além da publicação do capítulo “Visita Domiciliar emancipatória no reconhecimento de necessidades em saúde” no Programa de Atualização em Enfermagem (Proenf) (2016).

Após a conclusão do mestrado em julho de 2014, iniciei-me na área da docência, ministrando a disciplina Enfermagem na Saúde da Mulher em uma universidade particular de Curitiba (UniBrasil), na qual permaneci por um ano até ser admitida por processo seletivo como professora substituta da UFPR, em junho de 2015, onde segui atuando na área de Saúde da Mulher como docente na graduação e na tutoria da

residência Multiprofissional em Saúde da Mulher do Hospital de Clínicas, tendo ainda desenvolvido atividades de orientação na graduação e na residência.

Para aprimorar meus conhecimentos na atenção à saúde da mulher e contribuir na prática docente, no ano de 2015, iniciei-me no curso de especialização em Enfermagem Ginecológica e Obstétrica na Universidade Positivo. Posteriormente, mediante associação desses conhecimentos da especialização à minha trajetória, pude atuar, no período de 2016 e 2017, no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Rede Cegonha, desenvolvido na UFPR em acordo de cooperação técnica com a Universidade Federal de Minas Gerais. O acompanhamento das práticas de atenção ao pré-natal desenvolvidas em município da Região Metropolitana de Curitiba despertou a reflexão e o interesse em estudar aspectos que permeiam a relação entre a prática de cuidado pré-natal no ensino e a prática desenvolvida no âmbito dos serviços de saúde.

Como desdobramentos das orientações realizadas durante esse período na docência, foram apresentados trabalhos em eventos como: III Simpósio Internacional de Assistência ao Parto: Informação, Autonomia e Consentimento (2016); IV Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento (2016); X Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal/IV Congresso Internacional de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (2017); III Seminário Internacional Tecendo redes na Enfermagem e na Saúde; e X Semana de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (2017).

Ainda em 2017 participei de reuniões do Comitê de Mortalidade Materna do Estado do Paraná como representante da Rede Feminista de Direitos Sexuais e Reprodutivos. Nesse período, auxiliei na análise dos óbitos maternos, em que se destacaram as falhas no processo de cuidado a essas gestantes, as quais são majoritariamente passíveis de prevenção mediante uma rede de cuidados alinhada e profissionais atualizados com base nas melhores evidências e comprometidos com a profissão.

Diante dessa trajetória, durante meu percurso nas pesquisas e acompanhando os discentes em aula prática de campo, sempre me inquietou o descompasso existente entre a teoria e as diretrizes preconizadas para o cuidado de enfermagem e a realidade

vivenciada na prática, principalmente ao ouvir de enfermeiras da prática assistencial que os discentes deveriam ponderar ao associar o conhecimento apreendido na academia com a prática, pois o serviço de saúde corresponde à “vida real”.

Minha inserção no curso de doutorado foi motivada por essas inquietudes, no sentido de buscar respostas às situações da prática profissional para contribuir com o aprimoramento do cuidado de enfermagem e melhorar a experiência auferida pelo usuário do serviço de saúde, associada à minha afinidade e ao encanto pela docência, para que, de alguma forma, pudesse contribuir para a formação de profissionais humanizados, com competência e comprometimento, para desenvolver um cuidado que responda às necessidades do usuário, fomentando a valorização e o fortalecimento profissional.

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objeto de pesquisa a competência de enfermeiras¹ no cuidado pré-natal, este compreendido como uma das práticas dessa profissional na Atenção Primária à Saúde (APS).

Parte-se da compreensão de que o cuidado pré-natal desenvolvido por profissionais competentes possibilita a identificação e o tratamento precoce de situações que possam comprometer o desenvolvimento saudável da gestação, bem como fortalecer a gestante e o acompanhante no processo gravídico-puerperal. A enfermeira, na condição de membro da equipe multiprofissional na APS, com formação e respaldo legal para prestar cuidado à gestante de risco habitual, deve ampliar sua prática para além de processos técnicos e resolução de problemas, acolhendo as necessidades da gestante e promovendo cuidados com base em evidências científicas.

Para realizar o cuidado pré-natal, entende-se que a enfermeira deve agir pertinentemente em determinada situação (LE BOTERF, 2003), ou seja, com competência. Esta, compreendida na presente pesquisa no singular, como uma ação, aquilo que o indivíduo deve entregar em seu desempenho, e difere, por tanto, da competência no plural, relacionada às características pessoais que aportam um desempenho competente (FULLERTON et al., 2011; GATTAL, 2013).

A Enfermagem como prática social incorpora uma filosofia e educação holísticas, centradas na pessoa, dando continuidade ao cuidado, fazendo-se presente mesmo em situações de carência de profissionais (ALL-PARTY PARLIAMENTARY GROUP ON GLOBAL HEALTH (APPG), 2016). Entre a vasta gama de ações de cuidado desenvolvidas pela enfermeira, destaca-se o cuidado à mulher durante um específico e complexo período da vida, a gestação. O cuidado pré-natal é tido como inerente à prática profissional da enfermeira, reforçado pelas diretrizes dos programas ministeriais, que preconizam alternância das consultas entre os profissionais médico e enfermeira, esta, prioritariamente responsável pela vinculação da gestante ao Sistema de

¹ No presente estudo, será adotada a terminologia enfermeira, uma vez que a profissão é majoritariamente composta por profissionais do sexo feminino (84,6%), segundo pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). (COFEN, 2015).

Acompanhamento da Gestante no Sistema Único de Saúde (SUS), o Sis-Pré-natal, além de outras atividades relativas à consulta (CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde, 2019; BRASIL. Ministério da Saúde, 2015; PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018).

Realizar o cuidado junto à gestante e seu acompanhante, no sentido de identificar agravos ou situações que possam comprometer a evolução da gestação e levar a um desfecho desfavorável da gravidez, corresponde a uma das áreas da prática profissional da enfermeira na APS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2016a). Neste sentido, a enfermeira, como uma profissional qualificada para prestar cuidado competente durante a gravidez, parto e pós-parto, também desempenha papel primordial nas estratégias para redução da mortalidade materna (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); Centro Latino-Americano de Perinatologia, 2014; WHO, 2017). Ademais, tem o amparo legal e o dever, pela Lei do Exercício Profissional e Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), para a realização da consulta de enfermagem à mulher durante o pré-natal, parto e puerpério (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986; 2016).

Para que esse cuidado pré-natal seja desenvolvido com competência, na presente pesquisa tomou-se por base as competências preconizadas pela *International Confederation of Midwives* (ICM)², no documento “*Essential Competencies for Midwifery Practice*”, com abrangência tanto das competências específicas ao período gravídico, bem como das competências gerais provenientes da autonomia e da responsabilidade como profissional de saúde para com as mulheres e outros prestadores de cuidados e nas atividades de cuidado aplicadas a todos os aspectos da prática da obstetrícia (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM), 2019).

Parte-se da compreensão que a enfermeira atuante na APS tem formação técnico-científica para o cuidado pré-natal (BRASIL. Conselho Nacional de Educação,

² A *International Confederation of Midwives* (ICM) atua em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS), Nações Unidas, organizações profissionais e da sociedade civil no apoio à maternidade segura, mediante o desenvolvimento de normas e diretrizes que orientam desde a formação obstétrica até as competências para sua prática, apresentando-se como uma liderança mundial nesse âmbito. Nesta pesquisa foi utilizada a versão com tradução livre realizada pelas autoras das competências correspondentes as categorias I e II do documento *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice* (ICM, 2019), conforme Apêndice I.

2001), é apoiada pelas regulamentações legais da profissão (COFEN 1986; 2016) e diretrizes ministeriais, que apontam que tanto “enfermeiros e os enfermeiros obstetras estão habilitados para atender ao pré-natal” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015, p. 50), porém, essas diretrizes nacionais não preconizam uma obrigatoriedade da titulação de especialista em enfermagem obstétrica ou obstetrícia para tal atuação. No cenário internacional, observa-se o cuidado quanto ao período gravídico puerperal majoritariamente desenvolvido por *Midwives*, parteiras numa tradução literal do termo, que corresponde a profissionais com formação no curso de obstetriz ou que obtiveram o registro a partir da graduação como enfermeiras com posterior especialização na área obstétrica e registro nos órgãos correspondentes de classe, podendo variar quanto ao tempo conforme a legislação do país (ICM, 2017a; 2017b; WHO, 2017).

No que concerne aos avanços nesse âmbito, os ganhos com a preconização de um número mínimo de consultas durante a gestação são inegáveis, acarretando significativo impacto na redução da mortalidade infantil tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Ademais, quanto menor o número de consultas realizadas, evidencia-se menor nível de satisfação da gestante com o serviço de saúde (DOWSWELL et al., 2015).

Ao considerar as necessidades da gestante para atendê-la em sua integralidade, ou seja, abrangendo-a quanto aos aspectos físicos, emocionais, de seu contexto familiar, e das relações sociais, valorizando-a em sua singularidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015), o cuidado desenvolvido deve pautar-se em ações competentes e que ampliem as possibilidades de atenção à saúde para além do âmbito biológico (OPAS. Centro Latino-Americano de Perinatologia, 2014). No entanto, o que se observa na realidade de diversos países, principalmente entre os subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, é um cuidado pré-natal sob o modelo biomédico, centrado no cumprimento de rotinas e protocolos institucionais, estruturado de maneira a não suprir as necessidades das gestantes em sua integralidade (CARDELLI et al., 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no documento “Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez”, o acompanhamento pré-natal deve incluir, além de aspectos clínicos para a detecção e prevenção de doenças, o aconselhamento sobre estilo de vida saudável e

planejamento reprodutivo. Outro aspecto, refere-se às mulheres que podem estar sendo vítimas de violência de seus parceiros, que também devem encontrar no pré-natal um espaço de suporte para rescindir dessa condição (WHO, 2016b).

Para que as mulheres tenham uma experiência positiva da gravidez, são necessárias ações de atenção à saúde direcionadas para a manutenção da normalidade física e sociocultural da gestante e do bebê, para que a gestante vivencie a maternidade positivamente com autonomia e competência (DOWNE et al., 2016). Essa experiência perfaz um cuidado personalizado em conformidade com as necessidades da gestante, com base em evidências e com foco na continuidade do cuidado (KENNEDY et al., 2018), sendo este cuidado oferecido por um serviço de qualidade, com profissionais habilitados e com competência para atuar frente às práticas clínicas, fornecimento de informações relevantes e oportunas e apoio psicossocial e emocional (DOWNE et al., 2016).

Ademais, é preciso considerar os fatores que incidem na manutenção de altas taxas de mortalidade materna (TMM) e infantil, com a prestação de um cuidado pré-natal que colabore no sentido de avançar na superação da pobreza e da falta de acesso à educação, fatores que influenciam o comportamento de procura pelo serviço de saúde (OLONADE et al., 2019). Os autores ainda sugerem a necessidade de reformulação do sistema de saúde, que envolve o fomento à educação materna, ao acesso aos serviços de saúde e o fortalecimento das mulheres para tomada de decisões informadas sobre questões relacionadas à sua vida reprodutiva (OLONADE et al., 2019).

Nesse sentido, o cuidado pré-natal deve contemplar não apenas orientações quanto as ocorrências relativas a esse período específico da vida da mulher, mas também o contexto no qual ela está inserida. A efetiva atuação da enfermeira, com enfoque ao cuidado em saúde ao invés de práticas gerenciais inerentes ao seu processo de trabalho, pode contribuir para o alcance desse cuidado integral (CARDELLI et al., 2016). As enfermeiras, diante da sua representatividade da categoria dentro da força de trabalho em saúde, e ao possibilitarem a utilização plena de seus conhecimentos e competência, corroboram para melhorar o acesso a cuidados de saúde como parte da agenda dos

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)³, promover a igualdade de gênero e apoiar o crescimento econômico (APPG, 2016; WHO, 2017).

Para tal, é imprescindível o desenvolvimento de ações que apoiem o desenvolvimento da enfermagem (APPG, 2016; WHO, 2017), como investimento na educação profissional, oferta e condições de trabalho e no fortalecimento da liderança, com vistas ao alcance de ODS para além do âmbito da saúde (WHO, 2017; 2020).

Ademais, faz-se necessária a reorganização da prática profissional para o resgate do cuidado em saúde em detrimento de ações gerenciais (CARDELLI et al., 2016), promovendo um cuidado acolhedor e humanizado, no qual profissional e gestante possam estabelecer um diálogo aberto e sanar eventuais dúvidas (PHILLIPPI et al., 2016; MELO et al., 2020), com a consciência de que à medida que aumentam seus conhecimentos, habilidades e compromisso com o cuidado, os enfermeiros podem contribuir para a implementação de intervenções eficazes quanto a saúde global e que impactam para a melhoria da saúde e bem estar das gestantes (CALLISTER; EDWARDS, 2017), refletindo-se em melhores resultados na redução da morbimortalidade materna e infantil e também no processo de parturição (MCCOURT, 2014), repercutindo também na saúde das famílias e comunidades em todo o mundo (CALLISTER; EDWARDS, 2017).

As diretrizes da OMS (2016a) evidenciam que o maior contato da gestante com profissionais de saúde durante a gestação, mediante maior número de consultas de pré-natal, reduz a morbimortalidade materno-infantil. Nesse sentido, faz-se necessário investigar a efetividade desse cuidado pré-natal, visto que as TMM evitáveis no país permanecem elevadas, com 58 óbitos maternos a cada 100 mil nascidos vivos no ano de 2016 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2018), ainda distante das 30 mortes por 100 mil nascidos vivos, pactuadas pelo Brasil junto aos países signatários para o alcance dos ODS até o ano de 2030 (WHO, 2016a; 2017).

No estado do Paraná, tem sido observado um declínio acentuado nas TMM nas duas últimas décadas, com redução de cerca de 65% dos óbitos, passando de 90,5 mortes maternas a cada 100.000 bebês nascidos vivos (NV) no ano de 1990, para

³ Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) correspondem a 17 objetivos pactuados entre os países membros das Nações Unidas para serem cumpridos até 2030, ampliando o escopo das metas almejadas para o ano de 2015, concernentes aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

31,9/100.000 NV ao final do ano de 2017 (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018).

Entretanto, apesar do considerável aumento do número de consultas durante o pré-natal apontado pelas diretrizes da OMS e Ministério da Saúde (MS) nos últimos anos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015; WHO, 2016b), observou-se menor redução nas TMM em diversos países (ALKEMA et al., 2016), evidenciando que a elevação da cobertura da atenção pré-natal não se refletiu na melhoria da qualidade (NUNES et al., 2016; PUGLIESE-GARCIA et al., 2019). Ou seja, o aumento quantitativo do número de consultas pré-natais não implica necessariamente que essa atenção isolada, possa impactar na saúde da gestante e evolução gestacional, bem como incidir na redução da morbimortalidade materna.

Tomasi e colaboradores (2017) identificaram adequação ao pré-natal em 15% das gestantes estudadas, em contrapartida de 89% terem realizado seis ou mais consultas, conforme preconizado pelo MS com o mínimo de seis consultas. Outros estudos evidenciaram baixa adequabilidade do pré-natal, com melhores resultados entre mulheres com maior poder aquisitivo e escolaridade (HEREDA-PI et al., 2016; ARSENAULT et al., 2018), e melhor atenção pré-natal entre mulheres com alguma ocorrência obstétrica em detrimento a gestantes estratificadas como de risco habitual (LEAL et al., 2020). Arsenault e colaboradores (2018) destacam a necessidade de busca da equidade para uma efetiva cobertura e acesso universal de saúde, uma vez que, altos níveis de cobertura de atenção pré-natal não evidenciaram proporcionais níveis de qualidade da atenção recebida pela gestante.

Isso traz elementos para reflexão acerca do cuidado de enfermagem, visto que a enfermeira tem formação técnico-científica e amparo legal para acompanhar o pré-natal de risco habitual em sua integralidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015; COFEN, 2016).

Diante do exposto, e atinente ao referencial metodológico da pesquisa-ação adotado nesta pesquisa, suscitou-se como questão norteadora: como desenvolver a competência de enfermeiras no cuidado pré-natal na Atenção Primária a Saúde pela reflexão-ação?, visando responder a objetivos práticos de uma ação transformada e aprimorada ao cuidado pré-natal realizado pelas enfermeiras participantes, bem como de

pesquisa, para alcançar maior conhecimento científico quanto ao desenvolvimento de competência para o cuidado de enfermagem no pré-natal.

Este trabalho parte da tese de que a reflexão-ação junto a enfermeiras quanto ao cuidado realizado promove o desenvolvimento da competência para o cuidado pré-natal.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

- Promover o desenvolvimento da competência de enfermeiras para o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a competência da enfermeira para o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde;
- Apreender os elementos determinantes do cuidado realizado pela enfermeira no pré-natal na Atenção Primária à Saúde;
- Fomentar a reflexão-ação sobre o cuidado pré-natal desenvolvido por enfermeiras na Atenção Primária à Saúde.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA COM A LITERATURA

O presente capítulo apresenta aspectos da literatura científica contemporânea sobre a competência da enfermeira no cuidado pré-natal e foi estruturado em quatro partes. Inicialmente aborda-se o cuidar em saúde e na enfermagem, definições de competência no pré-natal e políticas governamentais nacionais e diretrizes internacionais na condução das melhores práticas de atenção à saúde da gestante. Em complementariedade, como quarta parte, foi utilizada a revisão integrativa da literatura quanto ao objeto de pesquisa, que identificou potencialidades, entraves e possibilidades ao cuidado pré-natal com competência (APÊNDICE II).

3.1 O CUIDAR EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL

Para orientar o cuidado abordado nesta pesquisa, no presente subcapítulo destaca-se o cuidado como objeto do trabalho da enfermeira, o qual corresponde a uma atividade fim em si próprio, que amplia a perspectiva de assistência de enfermagem para compreender o ser cuidado em sua plenitude, com práticas que almejem o seu bem-estar, mediante uma orientação holística para efetivação do cuidado como restaurador do ser (TURKEL; WATSON; GIOVANNONI, 2018).

Como um fenômeno intencional, o cuidado de enfermagem se dá “no encontro de seres humanos que interagem, por meio de atitudes que envolvem consciência, zelo, solidariedade e amor” (VALE; PAGLIUCA, 2011, p. 112), ou seja, a movimentação para a ação cuidar contempla uma intencionalidade em si, sendo esse encontro destacado por Turkel, Watson e Giovannoni (2018) como central para o cuidar.

O cuidar em enfermagem expressa o saber fazer da profissão, cujo embasamento se fundamenta na ciência, na arte, na ética e na estética para responder a necessidades individuais e coletivas (VALE; PAGLIUCA, 2011). O cuidar corresponde à essência e ao núcleo fundamental da enfermagem, unificador da disciplina e da profissão, central para os âmbitos do ensino, prática e pesquisa (TURKEL; WATSON; GIOVANNONI, 2018).

Na condição de prática social, a profissão expressa comportamentos e atitudes da enfermeira tendo o cuidado como uma finalidade que direciona os processos de

cuidado à saúde dos usuários tanto no âmbito curativo, mas também de promoção e prevenção à saúde, no intuito de torná-los autônomos em seu autocuidado, não apenas como seguimento de protocolos e rotinas estanques, mas como um cuidado “atencioso, cauteloso e reflexivo” (SALVIANO et al., 2016, p. 1244).

Nessa perspectiva, as autoras reforçam a importância da reflexão crítica da enfermeira ao realizar o cuidado, resgatando as bases da profissão como reflexo na forma de cuidar, no contexto de trabalho e vida, perfazendo, assim, essa reflexão quanto a seu cuidar, ampliando os aspectos biológicos do indivíduo, família e coletividade a quem presta o cuidado (SALVIANO et al., 2016), que resultam em proteção, suporte emocional e atendimento às necessidades biopsicossociais (DRAHOŠOVÁ; JAROŠOVÁ, 2016).

Karlsson e Pennbrant (2020) reforçam a importância do autoconhecimento profissional e consciência dos valores genuínos da profissão para uma interação em que a enfermeira esteja em sua integralidade no cuidado, extrapolando apenas a necessidade de conhecimento técnico-científico para o cuidar em enfermagem, para promover uma atenção à integralidade do sujeito.

O cuidado é significado por enfermeiras, enquanto o atendimento às necessidades humanas, mediante interações respeitadas que demandam atenção ao usuário e empatia, é alicerçado na responsabilidade e na intencionalidade da profissão (BURHANS; ALLIGOOD, 2010).

Assim, deve-se ter clareza que para delimitar o objeto de cuidado faz-se necessário “expor a concepção teórica de saúde que o recorta”, tendo em vista que o modo de cuidar não é neutro (SOARES; SOUZA; CAMPOS, 2016, p. 58), mas, sim, influenciado por um conjunto de ideias de quem o desenvolve. As práticas em saúde envolvem um conjunto de conhecimentos socialmente determinados que sofrem influências políticas, econômicas e sociais nos diferentes contextos históricos (ALMEIDA; ROCHA, 1989). Ou seja, durante os diversos contextos históricos, as práticas que nortearam o cuidado prestado foram se transformando para atender demandas e necessidades características de cada período.

Na especificidade do período gravídico apreendido nesta pesquisa, identifica-se que inicialmente as práticas de cuidados durante a gravidez visavam ao bem-estar

materno, com ações de caráter empírico, como aconselhamentos dietéticos, para reduzir ansiedades e medos da gestante (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014), e eram desenvolvidas por pessoas sem formação específica e que se destacavam pelo conhecimento empírico (PEAHL; HOWELL, 2020).

No início do século XIX, com os avanços na área da medicina e a identificação da origem de agravos associados à gravidez como a hipertensão gestacional, o cuidado à gestante passou a ser organizado em hospitais-maternidade (PEAHL; HOWELL, 2020), em setores com serviço pré-natal, direcionado à prevenção de agravos e ao tratamento de complicações mediante ações direcionadas ao cuidado materno (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014). Apenas a partir da segunda metade do século XIX, ocorre a valorização do feto no cuidado pré-natal, com o aprofundamento dos estudos acerca do conceito e o desenvolvimento da ultrassonografia (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

Na estruturação das práticas materno-infantis, identifica-se que em sua origem estiveram associadas ao trabalho de mulheres da comunidade, voluntárias e visitadoras sanitárias, passando ao domínio hospitalar na figura de um profissional com nível superior, permeado por técnicas e procedimentos. Faz-se necessário fortalecer a enfermagem como profissão e resgatar o cuidado como essência da prática profissional para visibilidade do trabalho da enfermeira, uma vez que é na complexidade das interações sociais que decorre a visibilidade do cuidado ao outro e da profissão (BAGGIO; ERDMANN, 2010).

O cuidado de enfermagem, como essência que orienta a profissão, contempla uma dimensão técnica de ação e intervenção procedimental propriamente dita e outra dimensão subjetiva, que permeia o envolvimento e o compromisso com o outro (QUEIRÓS et al., 2016; SANTOS et al., 2017).

Em estudo que buscou conhecer os significados atribuídos ao cuidar pelas enfermeiras e por estudantes de enfermagem, os autores identificaram a valorização do cuidado instrumental, aquele que se apresenta no cumprimento de técnicas, em detrimento dos outros elementos do cuidar, como na atitude, na disponibilidade e no desenvolvimento de competências relacionais que possam ser assumidas como terapêuticas. Com isso, reforçam a necessidade de incorporação, nos currículos dos

sistemas de ensino e na formação permanente em serviço, de estratégias que valorizem todos os componentes do cuidar (QUEIRÓS et al., 2016).

Para isso, destaca-se a necessidade da enfermagem

produzir um corpo de conhecimentos assentado sobre uma base filosófica que possibilite a construção de tecnologias de cuidado acuradas e afins com seu processo de trabalho, mas sem perder de vista o paradigma das ciências humanas que, do ponto de vista epistemológico, dialoga mais efetivamente com a natureza do seu objeto de estudo. (MELO, 2016, p. 6).

Azevedo e Duque (2016), ao pesquisarem sobre o cuidado de enfermagem e sua relação no processo de medicalização da saúde e as barreiras ao cuidado humanizado, destacam que a enfermeira desempenha papel relevante na transformação do modelo biomédico e no resgate ao cuidado, atuando principalmente na consulta de enfermagem para orientações de saúde ao indivíduo e famílias.

No âmbito do cuidado pré-natal, que corresponde a uma das práticas da enfermeira na APS, compreende-se a gestação como fenômeno complexo e singular, que envolve diversas mudanças corporais na mulher, bem como nas relações sociais em que esteja inserida, corroborando a necessidade de cuidados pré-natais que ultrapassem a dimensão biológica. Nesse sentido, o cuidado prestado durante a consulta de enfermagem contribui para que a gestante enfrente esta etapa da vida com mais tranquilidade e segurança, pois lhe permite compreender e expressar os diversos sentimentos vivenciados relativos ao processo gestacional, além de elucidar a evolução da gravidez por meio de exames rotineiros e complementares, dando-lhe segurança de um desfecho saudável (MELO et al., 2020) ao associar os âmbitos objetivo, técnico e embasamento científico ao âmbito subjetivo, com acolhimento às necessidades da gestante em sua integralidade.

3.2 DEFINIÇÕES DE COMPETÊNCIA NO PRÉ-NATAL

Inicialmente faz-se necessário distinguir competência de competências, na literatura observa-se a utilização de competência tanto no singular como no plural

(ROVAI, 2010), bem como internacionalmente com os termos *competency/competencies* e *competence/competences* (FULLERTON et al., 2011).

Competências no plural, *competency* ou *competencies*, destacam-se como saberes, conhecimentos do indivíduo, fazem relação às características pessoais que sustentam um desempenho competente, ou seja, referem-se ao *input*, aquilo que é necessário para se chegar a um bom desempenho (FULLERTON et al., 2011; GATTAL, 2013).

Em contrapartida, competência no singular, *competence* ou *competences*, é o termo atribuído a real conceituação de competência como sendo uma “disposição para agir de forma inteligente diante de situações específicas.” (ROVAI, 2010, p. 38). Faz referência à saída, um *output*, uma vez que consiste na descrição de uma ação, o comportamento ou o resultado que uma pessoa deve demonstrar em seu desempenho (FULLERTON et al., 2011; GATTAL, 2013).

Neste sentido, no presente estudo competência será compreendida no singular como aquilo que o sujeito entrega na situação experienciada, considerando os conhecimentos, habilidades e atitudes de que dispõe e acumulou durante sua trajetória de vida e profissional como uma disposição para ação pertinente em relação a uma situação específica (LE BOTERF, 2003), estando mais bem detalhada no capítulo Referencial Teórico.

Para apreender as competências das enfermeiras na especificidade do cuidado pré-natal, utilizou-se como referência o documento “Competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia”, versão 2019 (APÊNDICE I), que destaca as competências para promover a autonomia profissional para o exercício da obstetrícia, o apoio à fisiologia e o estímulo ao parto normal, a defesa dos direitos humanos e do consentimento informado para tomada de decisão pelas mulheres, a prática baseada em evidências e redução de intervenções desnecessárias e o papel dessas profissionais para avaliar, diagnosticar, agir, intervir, consultar e encaminhar conforme necessário, incluindo intervenções de emergência (ICM, 2019).

Essa versão corresponde à última atualização desse documento, em que houve a extensão dos atributos profissionais e pessoais, com maior ênfase ao cuidado respeitoso, permanecendo essencialmente inalterados os aspectos da prática básica da

obstetrícia (BUTLER; FULLERTON, 2018). Este documento está estruturado em quatro categorias com competências essenciais para o exercício básico da obstetrícia a serem adotadas como afirmações integradas para a prática profissional, não como lista de tarefas. Abrangem desde o cuidado no contexto social, epidemiológico e cultural, na atenção pré-concepcional, passando pelo período gestacional, processo de parturição, puerpério, cuidados neonatais e pós-aborto. Cada categoria apresenta diferentes competências e um rol de conhecimentos e habilidades e atitudes básicas necessárias a um indivíduo para usar a designação de parteira conforme definido pelo ICM, sendo vinculadas a documentos oficiais de orientação de prática clínica, usados pela OMS (ICM, 2019).

No presente estudo, foram utilizadas as competências designadas nas categorias I e II. Na primeira categoria, as competências são apresentadas de maneira global, permeando todos os aspectos da prática profissional obstétrica, com alusões à autonomia e responsabilidades necessárias como profissional de saúde e a preservação das relações com mulheres e outros profissionais prestadores de cuidados, representadas por 13 competências e os respectivos conhecimentos, habilidades e atitudes.

- 1.a** Assumir a responsabilidade por suas próprias decisões e ações como um profissional autônomo;
 - 1.b** Assumir a responsabilidade pelo autocuidado e pelo autodesenvolvimento como profissional;
 - 1.c** Delegar adequadamente aspectos de cuidado e fornecer supervisão;
 - 1.d** Usar pesquisas para informar a prática;
 - 1.e** Defender os direitos humanos fundamentais dos indivíduos quando prestam cuidados;
 - 1.f** Aderir às leis jurisdicionais, requisitos regulamentares e códigos de conduta para prática de obstetrícia;
 - 1.g** Facilitar às mulheres quanto a escolhas individuais sobre os cuidados;
 - 1.h** Demonstrar comunicação interpessoal eficaz com mulheres e famílias, equipes de saúde e grupos comunitários;
 - 1.i** Facilitar processos de parto normal em ambientes institucionais e comunitários, incluindo domicílio da mulher;
 - 1.j** Avaliar o estado de saúde, rastrear os riscos para a saúde e promover a saúde geral e o bem-estar de mulheres e bebês;
 - 1.k** Prevenir e tratar problemas de saúde comuns relacionados à reprodução e ao início da vida;
 - 1.l** Reconhecer condições fora do âmbito da prática obstétrica e referir-se apropriadamente;
 - 1.m** Cuidar de mulheres que sofrem violência física e sexual e abuso.
- (ICM, 2019).

Na especificidade do âmbito pré-gestacional e pré-natal, a categoria II apresenta nove competências sobre avaliação da saúde materna e fetal, promoção da saúde e de bem-estar, detecção de complicações durante a gestação e cuidado à mulher com gravidez não planejada.

- 2.a Fornecer cuidados pré-concepcionais;
- 2.b Determinar o estado de saúde da mulher;
- 2.c Avaliar o bem estar fetal;
- 2.d Monitorar a progressão da gravidez;
- 2.e Promover e apoiar comportamentos de saúde que melhorem o bem estar;
- 2.f Fornecer orientação antecipatória relacionada à gravidez, parto, amamentação, paternidade e mudança na família;
- 2.g Detectar, gerenciar e encaminhar mulheres com gestações complicadas;
- 2.h Ajudar a mulher e sua família a planejar um local de nascimento apropriado;
- 2.i Prestar cuidados às mulheres com gravidez indesejada ou mal intencionada. (ICM, 2019).

A ICM teve como precursora a *International Midwives Union*, criada na Bélgica em 1922, que desde 1954 passou a ser nominada ICM, e trabalha para fortalecer associações profissionais de *midwives* em 113 países de todos os continentes. A Confederação conta com a parceria da OMS, Nações Unidas e governos, além de organizações globais de assistência médica profissional, incluindo a *International Federation of Gynaecology and Obstetrics* (FIGO), a *International Pediatric Association* (IPA), o *International Council of Nurses* (ICN) e organizações não-governamentais. Atua no apoio à maternidade segura pelo desenvolvimento de normas e diretrizes que orientam desde a formação até as competências essenciais para a prática da obstetrícia, apresentando-se como uma liderança mundial nesse âmbito (ICM, 2019).

Competência é conceituada pelo ICM como uma combinação de conhecimentos, psicomotricidade, comunicação e habilidades para a tomada de decisões que permitem a uma pessoa realizar uma tarefa específica para um determinado nível de competência (ICM, 2017a). Fullerton e colaboradores (2011), definem competência como uma intrincada combinação de conhecimentos, desempenho, destrezas, habilidades, valores e atitudes.

Já no âmbito da obstetrícia, o ICM define competência como a combinação de conhecimentos, comportamentos e habilidades profissionais específicos que se manifestam em um determinado nível de competência no contexto da educação e da

prática da obstetrícia (ICM 2017a).

Com base nos documentos do MS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012; 2013a; 2015); da Lei do Exercício Profissional e Resoluções, que respaldam o exercício da profissão (COFEN, 1986; 2016), e das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de Enfermagem (BRASIL. Conselho Nacional de Educação, 2001), entende-se que no Brasil a graduação em enfermagem possibilita à enfermeira atuar integralmente no cuidado pré-natal de risco habitual, devendo, assim, estar capacitada para desenvolver sua prática com competência.

Preconiza-se que a equipe de atenção pré-natal na APS seja composta por agente comunitário de saúde (ACS), auxiliar/técnico de enfermagem, enfermeira, médico, cirurgião dentista (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012), cabendo a consulta de enfermagem como atividade privativa da enfermeira, que pode acompanhar inteiramente o pré-natal de risco habitual (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015; COFEN, 1986; 2016). A enfermeira está habilitada a “atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso” (BRASIL. Conselho Nacional de Educação, 2001, p. 2), uma vez que, conforme preconizado pelas DCN, tem uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva (BRASIL. Conselho Nacional de Educação, 2001).

Documentos internacionais, principalmente de países da Europa, utilizam o termo *Midwife*, que numa tradução literal seria parteira. Porém, o termo *Midwife*, se analisado quanto à sua formação, na atenção pré-natal, equivale à Enfermeira Obstétrica ou Obstetriz aqui no Brasil (COFEN, 1986).

As diretrizes governamentais nacionais não abordam a necessidade de Obstetizes ou Enfermeiras Obstétricas para o cuidado pré-natal (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012; 2015), em contrapartida, trazem a enfermeira como profissional integrante da equipe multidisciplinar dos serviços de APS, como Estratégia Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

Nesse sentido, apesar de tanto Obstetizes como Enfermeiras Obstétricas estarem contempladas como enfermeiras segundo o artigo 6º da Lei do Exercício Profissional (COFEN, 1986), sua obrigatoriedade na composição das equipes de saúde na APS não é preconizada (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012).

São enfermeiros:

I – o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II – o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III – o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz. (COFEN, 1986, p. 1)

Dessa forma, destaca-se que no Brasil tanto Enfermeiras como Enfermeiras Obstétricas e Obstetrizes são legalmente habilitadas e capacitadas a desenvolver o cuidado à gestante e parturiente (COFEN, 1986). Contudo, esse cenário de indefinição nas políticas públicas quanto à nomenclatura atinente a essas profissionais dificulta a consolidação da Enfermagem como profissão (NARCHI, 2011), que desenvolve papel primordial no cuidado à saúde da mulher, contribuindo para redução da morbimortalidade materna e infantil (UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA), 2014).

As organizações que preconizam as diretrizes mundiais com base em evidências para um cuidado de qualidade, como a OMS, ICM, ICN, entre outras, localizam-se em países desenvolvidos da Europa ou América do Norte, onde há uma tradição de valorização da *midwife* como uma profissional com formação para atender à mulher em todos os ciclos da vida. No entanto, como no Brasil, apesar de existirem iniciativas governamentais para o fortalecimento e inserção de Enfermeiras Obstétricas nos serviços de saúde como importantes atores no processo de cuidado, essas profissionais estão, todavia, em número incipiente e com ações direcionadas ao processo de parturição (BRASIL. Ministério da Saúde, 2017).

O Caderno Nº 32 do MS, nominado “Atenção ao pré-natal de baixo risco” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015), traz que tanto enfermeiras como enfermeiras obstetras estão habilitadas a atender o pré-natal, entre outros cuidados à mulher. A figura da parteira da tradição⁴, também tem suas atividades citadas no Caderno 32, devendo

⁴ Parteiras da tradição correspondem a profissionais da comunidade que desenvolveram habilidades de cuidado à mulher durante o período gravídico puerperal, a partir da vivência do processo de parturição e conhecimentos empíricos. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

serem supervisionadas por enfermeira obstétrica quando forem desenvolvidas no serviço de saúde e “sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015, p. 50).

Como uma das atividades a serem realizadas durante o cuidado pré-natal, cabe à profissional enfermeira a realização de educação em saúde dirigida à família e à comunidade, não apenas à mulher, envolvendo

a educação pré-natal e preparação para a parentalidade e pode estender-se à saúde das mulheres, à saúde sexual ou reprodutiva e cuidado infantil. Uma *midwife* pode praticar em qualquer ambiente, incluindo a casa, a comunidade, os hospitais, as clínicas ou em unidades de saúde. (ICM, 2017b).

Neste sentido, as atividades permeiam a educação e o assessoramento da população antes da concepção no que concerne à saúde sexual e reprodutiva, à atenção à gestante e à família durante o período gravídico-puerperal, apoiando, dando orientações e prestando cuidado de qualidade na condução do parto bem como no cuidado ao recém-nascido e ao lactente.

Ao desenvolverem sua prática com competência, enfermeiras não cumprem apenas determinados papéis ou completam atividades específicas, mas têm muitos atributos adicionais, incluindo conhecimentos, habilidades técnicas e práticas, habilidades interpessoais, capacidade de pensar criticamente e desenvolver a prática de forma segura e efetiva com base em evidências científicas (COWAN; NORMAN; COOPAMAH, 2005; BUTLER et al., 2015).

Segundo o documento “Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da obstetrícia”, desenvolvido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS. Centro Latino-Americano de Perinatologia, 2014), os profissionais em obstetrícia desenvolvem um papel singular na promoção da saúde da mulher e família, mediante

- Parceria com as mulheres na promoção de autocuidado e da saúde das mulheres, seus filhos e suas famílias;
- Respeito à dignidade humana e às mulheres como pessoas que gozam de direitos humanos plenos;
- Defesa das mulheres cujas vozes tenham sido silenciadas;
- Empoderamento das mulheres para obter um melhor cuidado da saúde;

- Sensibilidade cultural, trabalhando com as mulheres e outros profissionais de saúde na tentativa de superar práticas culturais prejudiciais às mulheres;
- Ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças, de maneira a considerar a gravidez como um evento normal da vida. (OPAS. Centro Latino-Americano de Perinatologia, 2014, p. 85).

Neste sentido, esse documento traduzido para a realidade da América Latina pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva, destaca que a atenção obstétrica não deve ser restrita a um cuidado de qualidade direcionado apenas a determinada fase da vida da mulher ou às alterações que possam ocorrer nesse período, mas deve visar ao fortalecimento econômico e social das mulheres, principalmente daquelas que se encontram em maior condição de vulnerabilidade, para que possam ter acesso a serviços e produtos que atendam a suas necessidades básicas e oportunidades de melhorar sua própria saúde e bem-estar (OPAS. Centro Latino-Americano de Perinatologia, 2014).

3.3 O PRÉ-NATAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As políticas públicas são reflexo de movimentos atinentes à conjuntura histórica para contextualizar a conformação dessas diretrizes no âmbito do pré-natal, sendo feito um breve resgate das principais estratégias que contribuíram para a configuração do cenário atual.

As estratégias que vêm sendo desenvolvidas na atenção à saúde da mulher visam principalmente à redução dos óbitos de gestantes, parturientes ou puérperas, a partir de medidas que atinjam a melhora das condições de vida e de acesso a serviços, almejando uma condição de igualdade na sociedade.

No âmbito mundial, um marco na atenção à mulher foi a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, realizada em Nova Iorque, nos Estados Unidos da América (EUA), no ano de 1979, na qual os países signatários firmaram um tratado internacional para elaboração de medidas contra a marginalização e para assegurar a igualdade entre mulheres e homens (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

A partir dessa convenção, foram realizadas diversas conferências e outros

encontros entre representantes de distintos países para formulação de estratégias para melhorar a condição da mulher na sociedade, como a Conferência sobre "Maternidade Segura", realizada em Nairóbi, no Quênia, em 1987; em 1994, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (CIPD), na cidade do Cairo, Egito; e a 4ª Conferência Mundial sobre as Mulheres, realizada em Beijing, China, em 1995 (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Paralelamente a esses movimentos internacionais, o Brasil teve como marco o ano de 1984, com lançamento, pelo MS, do Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM), em que foi incluída ainda a formação de Comitês de Mortalidade Materna e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Com a meta de redução da mortalidade materna no país distante dos índices propostos na Conferência de Nairóbi (1987), o governo deu início a novas medidas, culminando no ano de 2000 com o lançamento do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000). Esse programa apresentava uma proposta inicial de substituição do modelo tecnocrático, visando a assegurar à gestante um melhor acesso, cobertura e qualidade no acompanhamento pré-natal, na assistência ao parto e puerpério, numa perspectiva de garantia de direitos. Para tal, propunha como elementos estruturadores da humanização o acolhimento com atendimento digno e ético à gestante, bebê e familiares bem como práticas benéficas de atenção à saúde visando à redução de intervenções (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000).

Em conformidade com as movimentações no âmbito global, nesse mesmo período foram pactuados os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com oito metas propostas para serem alcançadas até o ano de 2015, entre as quais, reduzir três quartos das mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos no período de 1990 a 2015 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015a; WHO, 2015).

Mundialmente foram iniciadas diversas estratégias para alcançar a redução desses índices de mortes maternas. Com uma tradição de cuidados à mulher no ciclo gravídico-puerperal desenvolvidos por *Midwives* em diversos países da Europa, na Austrália, Estados Unidos, deu-se no ano de 2001 a divulgação pela Confederação

Internacional de Parteiras (ICM) das “Competências Essenciais para o exercício básico da Obstetrícia”, elaboradas com respaldo num estudo multicêntrico para servir de base à formação de qualidade dessa profissional (ICM, 2019).

No Brasil, uma das iniciativas mais contundentes nesse período para redução da mortalidade materna foi o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, movimento político entre diversas esferas governamentais e a sociedade civil organizada para implementação de um conjunto de ações articuladas para qualificação da atenção obstétrica e neonatal no país (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004a; 2004b). Efetuado em 2004, o Pacto propunha como uma de suas metas redução em 15% dos índices de mortalidade materna e neonatal até 2006 e, em conformidade aos ODM, diminuí-los em 75% até o ano de 2015 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004a).

Entre as diversas estratégias alcançadas, destacam-se a Lei do Acompanhante (Lei 11.108/2005), a vinculação da gestante à maternidade de referência a partir da primeira consulta do pré-natal, o apoio à criação de Centros de Parto Normal, a expansão da oferta de exames laboratoriais no pré-natal (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004b). Ao encontro da demanda do presente estudo, destacam-se as ações estratégicas de priorização da capacitação e educação permanente de todos os profissionais envolvidos na atenção obstétrica e neonatal para a qualificação e humanização nas práticas de atenção à mulher (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004b).

Diante da fragmentação do sistema de saúde, o MS propôs a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como alternativa para superar esse modelo de atenção, tendo a APS como ordenadora das RAS e porta de entrada do SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010). A enfermeira desenvolve papel crucial nesse âmbito, uma vez que tem como objeto de seu trabalho o cuidado com ações de prevenção, promoção, reabilitação e tratamento à saúde na APS (OPAS, 2018).

Neste movimento das RAS, com intuito de fortalecer a humanização⁵ e ampliar o leque dos cuidados ofertados à mulher e criança, o MS institui, no âmbito do SUS,

⁵ Humanização corresponde à valorização de todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), com destaque para “a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão”. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006, p. 19).

mediante Portaria nº 1459 de 24 de Junho de 2011, a Rede Cegonha, que consiste em uma rede de cuidados com ações que assegurem o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada durante o ciclo gravídico puerperal e o acompanhamento profissional até os 24 meses para um desenvolvimento infantil saudável, pela implementação de um modelo de atenção baseado em evidências e nos princípios da humanização (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013a). No que concerne ao pré-natal, uma das diretrizes dessa estratégia destaca a garantia do acolhimento da gestante com classificação do risco gestacional e vulnerabilidade bem como a necessidade de aprimorar o acesso e a qualidade do pré-natal, com vistas a transformar o modelo de atenção obstétrico vigente (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013a).

O acolhimento reflete-se na prática com base na escuta qualificada (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006), na formação de vínculo com o profissional e no reconhecimento de situações de risco a partir do contexto social (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014). Visa ao reconhecimento da necessidade de saúde em sua singularidade, sustentado pela relação mútua entre profissional – usuário – serviço, numa perspectiva coletiva para a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre os sujeitos envolvidos (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006). Para um cuidado pré-natal de enfermagem que contemple todos esses aspectos, faz-se necessário um profissional que incorpore, aos conhecimentos protocolares, o desenvolvimento permanente de competência para a humanização de sua prática no intuito de corroborar com a transformação do modelo tecnocrático.

Ao ter uma postura de acolhimento, a formação do vínculo entre gestante e profissional é facilitada, e tendo como referência o conhecimento das necessidades da gestante o profissional pode orientá-la de maneira condizente com sua realidade, contribuindo para a assimilação das orientações e a efetivação de mudanças nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014).

Entretanto, o que fica evidente durante a prática é que os profissionais, apesar de terem conhecimento desses elementos, desenvolvem suas ações centradas em atendimentos pontuais, fragmentados e voltados à resolução da queixa apresentada pelo usuário (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016). Muitas vezes o acolhimento é concebido como mais uma atividade a ser desempenhada segundo uma determinação vertical, não

sendo considerada em sua potencialidade para efetivar a humanização da atenção à saúde (WALL, 2018).

Diante disso, e por não alcançar os índices de morte materna pactuados nos ODM, os esforços passaram a ser no sentido de alcançar as metas e os objetivos preconizados pelos ODS (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015b; WHO, 2015). Esses objetivos estabelecem novas agendas com medidas para melhorar a saúde materna, tendo como escopo erradicar as mortes maternas por causas preveníveis e reduzir a Taxa de Morte Materna (TMM) mundial para menos de 70 casos a cada 100.000 nascidos vivos até o ano de 2030 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015a).

Para lograr o alcance dos ODS, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) cita os recursos humanos como estratégias essenciais, com destaque para o papel da enfermeira na equipe profissional, que, a partir do Relatório do Triplo Impacto na Saúde Global, publicado em 2016, culminou na campanha mundial *Nursing Now*, lançada em 2017, por iniciativa da OPAS/OMS e ICN, apontando para a necessidade urgente de elevação do perfil das enfermeiras para que possam desenvolver sua prática com pleno potencial. Essas estratégias indicam a enfermeira capacitada como essencial ao enfrentamento dos desafios de saúde do século XXI, almejando aumentar a influência desse profissional e maximizar suas contribuições para garantir que todos tenham acesso à saúde e aos cuidados em saúde necessários até o final do ano de 2020 (APPG, 2016; OPAS, 2018; MOLLER et al., 2019).

No documento da OMS (2016a), Diretrizes estratégicas globais para fortalecer a enfermagem e a obstetrícia 2016–2020, tanto a enfermeira como a *midwife* são identificadas como profissionais fundamentais na prestação de serviços essenciais de saúde e são fundamentais no fortalecimento do sistema de saúde (UNFPA, 2014).

Os índices aceitáveis pela OMS referentes a taxa de morte materna são até 20 casos para cada 100 mil nascidos vivos, no entanto, apesar das iniciativas internacionais estima-se que 289 mil mortes de mulheres durante a gestação ou parto tenham ocorrido em todo o mundo no ano de 2013: 52% das disfunções durante a gestação, parto ou puerpério são atribuídas a três principais causas preveníveis, as hemorragias, septicemias e hipertensão gestacional; e 28% das mortes maternas sejam decorrentes de agravos como malária, infecção por HIV, diabetes, doenças cardiovasculares e a

obesidade (ONU, 2015a).

Conforme relatório da mortalidade materna de 1990 a 2015 da OMS (2015), houve uma diminuição global de cerca de 44% dessa taxa no período dos últimos 25 anos, e o risco mundial de morte em decorrência da gestação teve uma redução de um óbito para cada 180 mulheres, em comparação ao início da década de 1990, em que uma em cada 73 mulheres morria em consequência da gestação (WHO, 2015).

No Brasil, estima-se uma redução de 57,7% na taxa de mortes maternas entre os anos de 1990 e 2015, apresentando um progresso quanto ao alcance da meta dos ODM, contudo, diante das distintas lacunas que interferem na consolidação dessa diminuição de óbitos maternos, aponta-se para a necessidade de estudos e da implementação de medidas para alcançar os ODS até o ano de 2030 (WHO, 2015).

A manutenção de TMM acima dos níveis recomendados pela OMS reflete um indicador da qualidade dos serviços prestados à saúde da mulher. Nesse sentido, “a redução da mortalidade materna não se restringe a uma questão de desenvolvimento, está relacionada à cidadania, aos direitos da cidadania e, sobretudo, deve ser vista como uma questão de direitos humanos.” (REIS; PEPE; CAETANO, 2011, p. 1140). E negligenciar o acesso a serviços de saúde necessários somente às mulheres é uma forma de discriminação (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Entre as diversas diretrizes com estratégias para o controle da mortalidade materna, observa-se um aumento da média de consultas de pré-natal realizadas às gestantes nos últimos anos, bem como do número mínimo de consultas recomendado, que passou de seis para oito, conforme as novas diretrizes da OMS (WHO, 2016b).

No entanto, apesar da melhoria no acesso ao pré-natal e a procedimentos quantitativos durante as consultas, a qualidade da atenção pré-natal, todavia, é precária, com índices de inadequação variando de 4,5 a 66,1% a depender da região do país (NUNES et al., 2016), carecendo de avaliação da competência profissional para a provisão de cuidados concernentes às necessidades da gestante e acompanhantes bem como das diretrizes governamentais.

Os avanços observados nos países e localidades que vêm implementando ações para melhoria da saúde materno-infantil são decorrentes de intensos incentivos para uma formação profissional de qualidade, do “apoio constante em seu trabalho (supervisão de

apoio e educação contínua), onde foram instaurados sistemas eficazes, gerando um ambiente de trabalho positivo para o exercício da obstetrícia”, uma vez que contar com profissional qualificado durante a gestação, parto e puerpério torna a gravidez mais segura (OPAS. Centro Latino-Americano de Perinatologia, 2014, p. 25).

Para atingir todo o potencial como um profissional qualificado, é necessário um ambiente de trabalho propício que apoie a profissional, permitindo-lhe aplicar as melhores habilidades de pensamento crítico e de critério clínico para realizar boas avaliações, selecionar intervenções apropriadas, incluindo ações que salvam vidas, com a certeza de que elas aprenderam a utilizá-las adequadamente (OPAS. Centro Latino-Americano de Perinatologia, 2014).

O relatório “O estado da Enfermagem Obstétrica no mundo – *SoWMy* – 2014” (UNFPA, 2014) apontou quatro fatores determinantes para atenção à saúde das mulheres: disponibilidade, quando devidamente capacitadas e regulamentadas, essas profissionais podem responder a 87% das necessidades dos serviços; acessibilidade, em que os déficits se concentram nas intervenções essenciais para redução das quatro principais causas de morte materna (hemorragia grave, infecções, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia); aborto em condições de risco; aceitabilidade, quando há necessidade de valorização da mulher, tanto da que busca o serviço quanto da profissional que presta serviço de saúde; e qualidade, quando existe investimento na formação profissional e estruturação de estratégias que estimulem o desenvolvimento profissional contínuo.

A falta de um programa regular de educação contínua dificulta a manutenção da qualidade e atualização da prática profissional. Para a manutenção de um padrão de qualidade, ao profissional devem ser possibilitadas oportunidades para manutenção da destreza clínica, fortalecendo a confiança em si e a conservação da competência; atualização dos conhecimentos embasados nas melhores evidências; reflexão sobre sua prática clínica regularmente; e “compreender e aplicar o conceito de prestação de contas a seus clientes, suas autoridades/empregadores, e o público em geral.” (OPAS. Centro Latino-Americano de Perinatologia 2014, p. 54).

Neste sentido, revisão sistemática da *Cochrane*, que incluiu 15 estudos com mais de 17 mil mulheres, identificou que o cuidado integral prestado por um mesmo profissional

durante todo o ciclo gravídico-puerperal traz maior satisfação à mulher, além de reduzir a probabilidade de parto prematuro, de morte neonatal ou da necessidade de outras intervenções (SANDALL et al., 2015).

Em contrapartida, longas esperas para prestação do cuidado (NOVICK, 2009) e a percepção das gestantes quanto ao pré-natal como mecanicista e impessoal apontam que é mister incluir as necessidades das mulheres ao cuidado, pela implementação de modelos abrangentes de cuidado que possibilitem incluir maior variedade de necessidades das mulheres (NOVICK, 2009; GUERREIRO et al., 2012). Dessa maneira, uma vez que o pré-natal amplia o escopo do cuidado prestado, ele se torna mais atraente e mais acessível à gestante, e a experiência e os resultados da gravidez podem ser mais bem percebidos e vivenciados pela mulher cuidada (NOVICK, 2009).

No âmbito estadual e municipal, as estratégias para redução da morbimortalidade materna seguem as diretrizes do Programa Rede Mãe Paranaense, implantando em 2012, que se fundamenta no Rede Cegonha, com objetivo de garantir o direito da mulher ao acesso à serviço com qualidade desde o planejamento reprodutivo, perpassando pela garantia de atenção humanizada durante o período gravídico, parto e puerpério, bem como o direito à criança ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018).

Cabe destacar ainda, como um marco na atenção ao pré-natal, o lançamento do Programa Mãe Curitibana, no ano de 1999, que serviu de base para estruturação de diversos programas nessa mesma perspectiva em diferentes Estados, bem como do Rede Cegonha. Desde o ano de 2018, com a nova gestão municipal, realizou-se a atualização do protocolo, o qual passou a ser nominado de Rede Mãe Curitibana Vale a Vida, fundamentado nos princípios da humanização e respeito com vistas à melhoria da qualidade da atenção à gestante e ao recém-nascido (CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde, 2019).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

No presente capítulo, será apresentado o conceito de competência segundo o sociólogo francês Guy Le Boterf (2003), que norteou o desenvolvimento deste estudo, tecendo considerações com a literatura desde uma perspectiva mais abrangente, perpassando a competência profissional até alcançar competências específicas para o cuidado pré-natal.

Na literatura há uma vasta conceituação sobre competência, sendo esse aspecto apontado como um dificultador na sedimentação da prática dos profissionais. Diante dessa diversidade de conceitos, não há uma uniformidade para os agentes formadores e, do mesmo modo, para uma adequada avaliação dessa competência, o que dificulta a uniformização de quais seriam as características que, ao serem desenvolvidas pelo profissional, o configuram como competente (PERRENOUD, 2013).

Em complementaridade a esse aspecto, Serrano, Costa e Costa (2011) destacam a dificuldade que essa multiplicidade de conceitos traz desde a formação, em que não havendo uma definição de qual competência embasará o ensino, fica inviável traçar um percurso para uma formação homogênea de profissionais alinhados com o desenvolvimento de competências para uma mesma finalidade de suas práticas.

Ademais, essa imprecisão extrapola o campo da formação e também pode ser observada nas organizações e serviços, em que não havendo uma diferenciação organizacional sobre tal conceito, espera-se que o profissional desenvolva sua competência, impossibilitando a padronização para avaliação e o seguimento de resultados competentes (GATTAL, 2013).

O uso do termo competência ocorre desde o século XV na linguagem jurídica e vem se modificando no decorrer das transformações sócio-históricas. No senso comum, esse termo é utilizado para indicar uma pessoa qualificada para realizar determinada tarefa, em contrapartida, seu antônimo guarda relação com a depreciação do indivíduo e sua possível marginalização do mercado de trabalho e relações sociais (FLEURY; FLEURY, 2001).

Na origem do conceito junto as organizações empresariais, duas vertentes distintas podem ser destacadas, uma nos EUA, a partir dos anos 1960, e outra na Europa,

na década de 1980, relacionadas ao aumento das exigências de qualificação dos trabalhadores (FULLERTON, et al., 2011).

O debate europeu que emergiu posteriormente tinha um cunho de questionamento quanto ao conceito qualificatório de competência discutido pelos autores norte-americanos, e a partir da década de 1990 os autores franceses destacam conceitos de competência que propõem ultrapassar essa visão de qualificação profissional (FLEURY; FLEURY, 2001), numa lógica em que ter uma qualificação é sobreposta pelo ser competente.

Ainda há que se distinguir essa noção, que remete à qualificação profissional no âmbito individualizante, que cria desigualdades e precarização do trabalhador, de uma perspectiva que compreende a necessidade de interação entre a competência de cada indivíduo, somando-as num coletivo (BOMFIM, 2012).

Com as modificações no desenvolvimento da sociedade e, por consequência, no mercado de trabalho, também na área da formação profissional e nas práticas de saúde, passou-se a exigir a atuação de um profissional competente (BOMFIM, 2012; GATTAI, 2013). Para tal, fez-se necessário que a competência profissional fosse fomentada desde a formação, e com a reformulação curricular que preconiza uma formação baseada em competências (BRASIL. Conselho Nacional de Educação, 2001), apostou-se nesse movimento de transformação do profissional qualificado para um profissional competente.

Dessa forma, como descrito por Gattai (2013), considera-se o trabalhador com competência como um profissional multiqualificado ao invés de multifuncional, passível de incorporar diferentes competências, habilidades e conhecimentos aprofundados, enquanto na visão multifuncional, há uma limitação das potenciais atividades a serem desenvolvidas, uma vez que o enfoque é em procedimentos técnico-operacionais, associando-se, portanto, aos diplomas que atestam a habilitação para a função.

O Quadro 1 mostra as distintas características de contextos organizacionais voltados à profissionais com qualificação em comparação com competência.

QUADRO 1 – CARACTERÍSTICAS DE CONTEXTOS ORGANIZACIONAIS DIRECIONADOS À QUALIFICAÇÃO E À COMPETÊNCIA.

QUALIFICAÇÃO	COMPETÊNCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Relativa estabilidade da atividade econômica; • Concorrência; • Organização do trabalho com base em cargos e tarefas previamente definidos; • Foco no processo; e • Baixa aprendizagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa previsibilidade de negócios e atividades; • Competitividade; • Organização do trabalho com base em metas e responsabilidades; • Foco nos processos e nos resultados; e • Alta aprendizagem.

FONTE: Adaptado de BOMFIM (2012, p. 49).

Conforme destacado por Fleury e Fleury (2001), há de se fazer a distinção entre as diferentes instâncias de competência: em nível individual, das organizações (*core competences*) e dos países (formação). Nesse sentido, os autores destacam o conceito de competência atrelado a uma tarefa ou conjunto de tarefas atinentes a determinado cargo como uma estratégia para atender as necessidades das organizações.

Outro aspecto que necessita de diferenciação é quanto a aptidão e competência, enquanto aquela corresponde a uma capacidade natural da pessoa, competência faz referência a uma característica implícita do sujeito que proporciona um melhor ou maior nível de desempenho, por consequência, possibilita a agregação de valor econômico ao trabalho (GATTAL, 2013).

Em razão da polissemia de conceitos de competência, no Quadro 2, serão apresentadas e discutidas algumas das principais definições utilizadas na literatura científica como referência para olhar a competência como objeto de estudo e que coadunam com o presente estudo.

QUADRO 2 – DEFINIÇÕES DE COMPETÊNCIA.

AUTOR/DATA	DEFINIÇÕES
Perrenoud (1999, p. 7)	“capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”.
Le Boterf (2003, p. 40)	“disposição para agir de modo pertinente em relação a uma situação específica”.
Rios (2011, p. 59)	“saber fazer bem o que é preciso fazer”.
Fleury, Fleury (2001, p. 188)	“saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”.

FONTE: A autora (2021).

Diante das definições apresentadas no Quadro 2, observa-se um sentido de competência como um movimento, uma ação, um processo que está em constante aperfeiçoamento, diferentemente dos autores da corrente norte-americana, que trazem uma definição de competência como um estado, correspondente a um conjunto de características do próprio indivíduo (GATTAL, 2013).

Neste sentido, como uma ação inacabada, o processo de desenvolvimento de competência profissional demanda uma formação continuada (RIOS, 2011).

O conceito de competência, segundo o sociólogo e antropólogo suíço Philippe Perrenoud, corresponde a “uma capacidade de **agir eficazmente** em um determinado tipo de **situação**, apoiada em **conhecimentos**, mas sem limitar-se a eles” [grifo nosso]. (PERRENOUD, 1999, p. 7). Ou seja, o sujeito ao desenvolver uma ação necessita acionar os recursos que dispõe, porém, como cada situação é única, esses recursos não devem ser estanques.

Dessa forma, existirá competência se houver domínio de um conjunto de situações caracterizadas por uma mesma estrutura, mobilização e combinação de diferentes recursos, e caso necessário, que o sujeito possa desenvolver novos recursos (PERRENOUD, 2013).

As **situações** compreendem famílias de tarefas, ou seja, há o que deve ser feito – tarefa – e há o contexto, que determina como essa tarefa será desenvolvida e pode ser mais ou menos complexa em sua execução. Essas situações são singulares, porém portam semelhanças com situações pertencentes a uma mesma família de tarefas, e a competência seria uma pré-configuração de uma possível ação (PERRENOUD, 2013).

A mobilização de recursos internos, ou a sinergia desses elementos pelo sujeito consiste na base para incorporação e utilização de recursos externos, uma vez que não basta dispor de uma tecnologia ou ferramenta se não souber utilizá-la adequadamente e de maneira eficaz (LE BOTERF, 2003; PERRENOUD, 1999; 2013). Os recursos internos são divididos em três categorias: os saberes, as habilidades e os outros recursos (PERRENOUD, 2013). Um profissional é considerado competente quando consegue articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para solução de problemas e situações inesperadas da prática profissional (LE BOTERF, 2003).

Para Rios (2011), a competência consiste em saber “fazer bem” o que é necessário ser feito, e para isso, o indivíduo dispõe de um conjunto de propriedades para que o “fazer” tenha boa qualidade. A autora destaca a diferenciação entre o “saber bem”, que compreende a dimensão técnica da competência, mas que não basta, é preciso “saber fazer bem”, englobando a dimensão política, a estética e a dimensão ética, que perpassa, todas as ações (RIOS, 2011).

No que concerne ao desenvolvimento de competência profissional, para Le Boterf (2003, p. 40), “a competência é uma disposição para **agir** de modo **pertinente** em relação a uma **situação específica**” [grifo nosso], desse modo, um profissional com competência corresponde a um profissional que sabe o que fazer quando é preciso fazer algo, e para tal, necessita compreender o todo da situação posta para evitar a automatização de suas ações.

Nesse sentido, Le Boterf (2003) destaca que a competência resulta de um saber agir, de um querer agir e de um poder agir. O **saber agir** implica o saber fazer, o saber como mobilizar os recursos de que dispõe em um determinado contexto. O **querer agir** do profissional sofre influências do contexto organizacional como provedor de experiências para a prática profissional, de como se deu a formação de indivíduo para atuar no contexto em que está inserido, bem como da sua própria formação como indivíduo, vivências e relações sociais (LE BOTERF, 2003).

Neste sentido, Rios (2011, p. 72) destaca que ao profissional, “não basta levar em conta o *saber*, mas é preciso *querer*. E não adianta saber e querer se não se tem percepção do *dever* e não se tem o *poder* para acionar os mecanismos de transformação [...]”. Com isso, resgata-se a necessidade de a competência perpassar as quatro dimensões, a saber: a técnica, a estética, a política e a ética.

O **poder agir** delimita um contexto que fornece os meios adequados ao indivíduo, o reconhecimento de suas atribuições para compreensão dos limites para lograr a competência e de redes que subsidiem o profissional do desenvolvimento de competência, uma vez que a mobilização de competência não pode ser isolada do contexto particular do seu exercício, é preciso que se tenha a possibilidade de colocá-la em prática.

Para tal, o contexto é determinante, as redes relacionais e as atribuições de cada profissional, evidenciando-se que para efetivar a competência é preciso que haja interação entre profissionais e deles com a organização/serviço (LE BOTERF, 2003; SERRANO; COSTA; COSTA, 2011). A partir do poder agir, mediante as condições e os meios necessários para o agir profissional dentro da organização/serviço, juntamente com o querer agir e com o saber agir, este profissional conseguirá desenvolver e mobilizar sua competência (LE BOTERF, 2003).

Dessa forma, observa-se como a competência está intimamente associada àquilo que os sujeitos produzem e entregam à organização/serviço, ou seja, a competência é colocar em prática o que se sabe, em determinado contexto (LE BOTERF, 2003). Como destacado por Perrenoud (1999), para o desenvolvimento de competência, faz-se necessário o entrosamento de uma tríade de fatores, a saber: o interesse do profissional por aprender, um ambiente de trabalho que incentive a aprendizagem e um sistema de formação disponível.

Competência pode ser compreendida como produto de um processo de aprendizagem, mas também como alicerce da ação humana (PERRENOUD, 2013). A competência em si não pode ser diretamente observada, mas, sim, o desempenho, que seria a expressão concreta da mobilização dos recursos necessários para responder a uma situação posta. Nesse sentido, o desempenho proporcionado pela competência do sujeito pode estar além ou aquém do esperado, uma vez que, para lograr um bom desempenho, há diversos fatores envolvidos como condições para que a ação ocorra: o apoio ou não dos demais envolvidos e da disponibilidade de recursos que possam elevar a qualidade do desempenho (LE BOTERF, 2003; GATTAL, 2013).

Como a competência se desenvolve no contexto, nas redes e interações profissionais, assim também a responsabilidade do trabalho competente não deve ser atribuída apenas ao trabalhador (RIOS, 2011).

No âmbito das práticas de saúde, em que se faz necessária uma atuação conjunta entre as diferentes categorias profissionais que compõem o serviço, evidencia-se a capacidade de trabalhar em colaboração com outros profissionais, demonstrando uma atitude profissional e aceitando responsabilidade por sua prática (O'ROURKE; WHITE, 2011). O indivíduo que faz parte do todo necessita atuar com competência para

que, ao final, sejam alcançadas competências coletivas, ou seja, o desempenho da equipe depende da combinação da competência de cada membro do grupo (PERRENOUD, 2013).

Em consonância, Le Boterf (2003, p. 229) afirma que a competência de um serviço ou organização não é a mera soma da competência dos profissionais que ali atuam, dos seus elementos constitutivos, mas sim, “da qualidade da combinação ou da articulação entre esses elementos”.

Le Boterf (2003) distingue a ação do comportamento, sendo aquela significada pelo sujeito, ou seja, “a competência é uma ação ou um conjunto de ações finalizado sobre uma utilidade, sobre uma finalidade que tem um sentido para o profissional.” (LE BOTERF, 2003, p. 47). Uma vez que a competência só existe na ação e o único que existe são as pessoas, para desenvolver sua competência, o profissional deve se fazer presente na situação e identificar um sentido, uma motivação para tal, pois mais do que saber agir e poder agir, o profissional deve querer agir (LE BOTERF, 2003).

Uma ação é precedida de um objetivo, sendo que a ação existe somente pelo ser que a desenvolve, o objetivo que precede uma ação somente existirá a partir do sentido que lhe é atribuído pelo sujeito, personificando a competência. E para movimentar os recursos de que dispõe, o sujeito necessita conhecer a finalidade que o objetivo mobilizador visa a alcançar (LE BOTERF, 2003), ou seja, ter ciência do seu processo de trabalho.

E é somente a partir dessa consciência, da percepção crítica de seu trabalho que o profissional poderá seguir para uma intervenção crítica de sua prática. Para alcançar essa consciência crítica da sua prática, o profissional precisa questionar seu papel, não apenas atender as demandas do mercado de trabalho, mas ser passível de questioná-las e se necessário, de intervir na direção de mudanças, implicando um trabalho de boa qualidade e, por consequência, um trabalho competente (RIOS, 2011).

A ação destacada remete à mobilização dos recursos de que dispõe o sujeito, uma vez que apenas dispor de conhecimentos ou capacidades não caracteriza competência. A competência é sempre referente a um determinado ator que a desenvolverá em uma determinada ação, ou seja, ela só se realiza na ação, tal qual o exemplo dado pelo autor: “assim como uma coleção de bolas não constitui uma partida

de bocha, um conjunto de saberes ou de habilidades não forma uma competência.” (LE BOTERF, 2003, p. 49).

Nesse sentido, os recursos não se traduzem em competência, mas, sim, em mobilização desses saberes, é claro que, quanto mais o sujeito dispuser de saberes, conhecimentos e recursos, maiores as chances de ele ser competente (LE BOTERF, 2003).

Os conhecimentos representam apenas uma parte dos recursos cognitivos que necessitam ser colocados em prática para o enfrentamento de uma determinada circunstância, variando em complexidade a depender da demanda da situação (PERRENOUD, 2013). E como há uma circularidade entre novos conhecimentos e o surgimento de novas necessidades, cada ponto de chegada representa um novo ponto de partida (PERRENOUD, 1999).

Neste sentido, Le Boterf (2003), ao afirmar que é necessária a integração de saberes heterogêneos para lograr a realização de uma atividade com competência, destaca a característica de processo da competência, uma vez que está constantemente sendo construída pelo indivíduo em interação com o ambiente.

Gattai (2013, p. 18) destaca que

o conceito de competência revela a complexidade biopsicossocial do indivíduo como um espaço de alta diversidade de elementos tais como conhecimentos, habilidades e atitudes que, por sua vez interagem dinâmica e interdependentemente entre si, resultando na própria expressão do que o indivíduo é, ou seja, sua competência. (GATTAI, 2013, p. 18).

No que concerne aos recursos necessários, destaca-se que o conhecimento por si só não se reflete em competência, que corresponde à forma como o indivíduo utiliza, relaciona e mobiliza de maneira racional e reflexiva os conhecimentos necessários para a resolução de um problema (PERRENOUD, 1999; 2013). No entanto, salienta-se que é preciso considerar além de conhecimentos mais gerais ou suplementares isoladamente, a “construção de um conjunto de disposições e esquemas que permitem mobilizar os conhecimentos na situação, no momento certo e com discernimento” (PERRENOUD, 1999, p. 31).

Desse modo, a competência profissional vai além do “saber fazer”, um “saber

agir”, que se constitui no saber combinatório, ou seja, a competência do profissional em saber combinar os diversos saberes de que dispõe resultará em ações competentes pela combinação desses recursos (LE BOTERF, 2003). Essas combinações podem estar relacionadas a um domínio específico ou compreender saberes que são gerais (UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION, 2016).

Diante dos conhecimentos, habilidades e atitudes que conformam a competência, é possível traçar um paralelo com a tríade da formação conforme a natureza humana, do filósofo suíço Heinrich Pestalozzi, que aborda os Três “H”, em inglês *Head, Heart e Hand*, ou seja: cabeça, simbolizando que é necessário o ser humano ter e buscar conhecimentos; coração, quanto aos sentimentos para consigo mesmo e principalmente ao próximo; e mãos, como referência à ação, ao fazer, para completar a natureza humana (BRÜHLMEIER, 2010).

Apresentar conhecimentos ou capacidades não implica necessariamente ser competente, ao não saber mobilizá-los ou fazê-lo em tempo oportuno, provoca-se o desenvolvimento de uma ação na qual não foram utilizados todos os recursos de que o profissional dispunha. Ou seja, como a competência se manifesta na ação, se faltarem os recursos a serem mobilizados ou se a mobilização não ocorrer em tempo hábil e conscientemente, não haverá competência (LE BOTERF, 2003).

Para a aquisição de novas competências, Le Boterf (2003) destaca o aprender na ação, que consiste em ir além da mera acumulação de experiências, e para que essa transformação seja alcançada é preciso que os atores envolvidos encontrem sentido na atividade de aprendizagem.

Neste sentido, é preciso manter-se em constante aprendizado para corresponder às exigências do mundo do trabalho pelo “desenvolvimento de competências profissionais compatíveis com as transformações da produção” (PERRENOUD, 2013, p. 32), pois é na confrontação real de algum entrave, que se desenvolve a competência, situação que demanda do sujeito relacionar coerentemente os conhecimentos de que dispõe previamente para resolução do problema demandado (PERRENOUD, 1999).

Para tal, é imprescindível que o sujeito desenvolva a capacidade de aprender a aprender para absorver o máximo de cada situação vivenciada, visto ser necessário tempo para adquirir os saberes e para treinar o seu uso. E para o desenvolvimento de

competência, faz-se necessário uma aprendizagem relacionada “à sinergia, à coordenação dos conhecimentos, habilidades e atitudes, mas isso também demanda tempo”. (PERRENOUD, 2013, p. 62).

No entanto, como essas transformações são representativas de um contexto histórico, político e econômico que influencia o modo como o processo de trabalho é concebido e por consequência desenvolvido, elas suscitam ao profissional questionamento e reflexão constantes, uma vez que

é a reflexão que nos fará ver a consistência até de nossa própria conceituação, e que, articulada à nossa ação, está permanentemente transformando o processo social, o processo educativo, em busca de uma significação mais profunda para a vida e para o trabalho. (RIOS, 2011, p. 83).

O desenvolvimento da competência das enfermeiras que atuam no cuidado pré-natal deve ultrapassar o cumprimento adequado de tarefas, é preciso que os profissionais tenham consciência do seu processo de trabalho para estarem presentes integralmente nas práticas implementadas no serviço de saúde, possibilitando a compreensão das necessidades de saúde demandadas pela gestante e acompanhante, para que possam responder a elas de maneira qualificada e com competência.

Como norteador da prática profissional da enfermeira no pré-natal, tem-se o documento elaborado pelo ICM, que apresenta as “Competências Essenciais para o exercício básico da obstetrícia”, na especificidade das categorias I e II, que incumbe a essas profissionais competência para prestação de cuidados pré-natais de alta qualidade, visando a maximizar a saúde durante a gravidez, incluindo detecção e tratamento precoces ou encaminhamento de complicações selecionadas (ICM, 2019).

Nessa perspectiva, os autores que fundamentam o referencial de competência alinham-se às competências gerais e no âmbito do cuidado pré-natal, conforme documento Competências Essenciais para o Exercício da Obstetrícia, do ICM, como suporte à tese defendida neste estudo, em que a reflexão-ação junto a enfermeiras quanto ao cuidado realizado promove o desenvolvimento da competência para o cuidado pré-natal.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

O capítulo a seguir trata da trajetória percorrida para operacionalizar a pesquisa, abrange a delimitação do método utilizado, como foram feitas a aproximação com o campo de pesquisa e a caracterização do cenário, o delineamento dos atores⁶ participantes da pesquisa, as técnicas utilizadas para coleta e análise dos dados, e por fim, a conformidade relativa aos aspectos éticos.

5.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa de abordagem qualitativa apoiada no método da Pesquisa-Ação (P-A), caracterizado pela estreita relação entre pesquisadores e participantes, estes na condição de representantes do fenômeno pesquisado, que, de forma cooperativa e participativa, atuam concatenados ao planejamento e concretização de uma ação ou resolução de um problema coletivo (THIOLLENT, 2011).

Para efetivação da P-A, Thiollent (2011) propõe 12 fases⁷ que se perpassam de maneira síncrona e flexível, por vezes em concomitância, porém marcadas pelo início como uma **fase exploratória** e finalização pela **divulgação externa dos resultados**, em um incessante movimento entre pesquisa e ação, oscilando sistematicamente entre o agir e investigar num ciclo de aprimoramento da prática profissional, permeado por processos de reflexão (CARPES; ZAMBERLAN; COSTENARO, 2015; THIOLLENT, 2011).

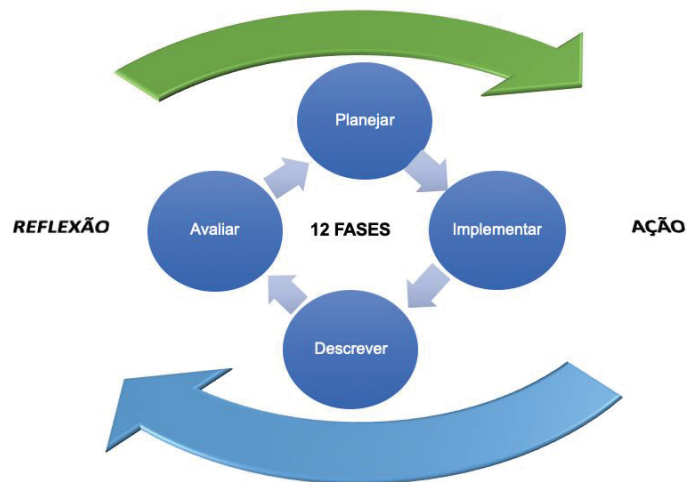
Esse processo corrobora inicialmente ao planejamento eficaz da ação, e o final, para auxiliar na avaliação da ação, que, conseqüentemente, poderá incidir em nova reflexão e assim sucessivamente, numa circularidade entre reflexão-ação-reflexão

⁶ Expõe-se o conhecimento da Resolução Nº 510/2016 quanto ao termo participante da pesquisa preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016). Entretanto, para manter o alinhamento ao método da P-A, conforme Thiollent (2011), foi utilizado também o termo atores para se referir aos participantes da pesquisa, uma vez que o método prevê uma relação de interação dialógica entre pesquisadores e participantes, que resulta em forma de aprendizagem dos envolvidos no processo.

⁷ A P-A perfaz ainda as fases de delimitação do tema da pesquisa; colocação dos problemas; lugar da teoria; hipóteses; seminário; campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa; coleta de dados; aprendizagem; saber formal/saber informal; e plano de ação (THIOLLENT, 2011).

(CARPES; ZAMBERLAN; COSTENARO, 2015; THIOLENT, 2011), conforme exemplificado na Figura 1.

FIGURA 1 – CICLO DA PESQUISA-AÇÃO.



FONTE: A autora (2021), adaptado de CARPES, ZAMBERLAN E COSTENARO (2015); THIOLENT (2011).

A P-A compreende tanto objetivos práticos, relativos a uma ação, como objetivos de conhecimento, atinentes à pesquisa, que podem estar articulados com vistas à resolução de problemas, tomada de consciência e/ou produção de conhecimento, podendo ou não alcançar esses três objetivos simultaneamente. Nesse sentido, pode contribuir com a produção de novos conhecimentos ou aprofundar conhecimentos acerca de determinada temática bem como colaborar na discussão para a resolução ou o próprio desfecho do problema em questão, mediante articulação entre teoria e prática (THIOLENT, 2011).

Para apoiar a compreensão quanto a organização desta pesquisa em conformidade ao método da P-A, destaca-se o planejamento executado em três momentos, que estão abordados detalhadamente no decorrer do percurso metodológico. O momento inicial, denominado de Momento I, englobou o mapeamento e levantamento do cuidado realizado pelas enfermeiras do município durante a consulta pré-natal na APS, efetivado por meio da Observação I; seguido pelo Momento II, de Seminário, conformado por Oficinas Reflexivas realizadas com enfermeiras para o desenvolvimento de competência para o cuidado pré-natal na APS; e por fim, no Momento III procedeu-se

com o monitoramento e avaliação da efetividade do processo reflexivo na prática profissional, mediante a Observação II, que consistiu na reobservação do cuidado realizado pelas enfermeiras durante a consulta pré-natal.

5.2 APROXIMAÇÃO COM O CAMPO DE PESQUISA

A escolha do cenário de pesquisa se deu pela parceria já estabelecida entre o município e a instituição de ensino proponente, em decorrência de atividades práticas da graduação e especialização, a partir das quais foi identificado o interesse da gestão municipal em incrementar as iniciativas para aprimoramento da qualidade dos serviços de saúde que já vinham ocorrendo localmente, relativas ao Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Apsus), uma iniciativa do governo estadual para implantação das RAS nos municípios do Paraná.

O primeiro contato com os representantes da Secretaria Municipal de Saúde do município coparticipante foi para verificação do interesse na proposta de pesquisa e obtenção dos termos de concordância (ANEXO I). Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi feito novo contato junto à representante do Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) para informar o início da coleta de dados, no Momento I da pesquisa, por meio da Observação I e do acordo do **plano de ação**. Essa representante foi o contato chave para viabilizar o desenvolvimento da pesquisa no município, informando a todas as coordenadoras das Unidades de Estratégia Saúde da Família (UESF).

Na sequência, a pesquisadora dirigiu-se às UESF para se apresentar, conhecer os serviços e as enfermeiras, além de conseguir informações referentes à agenda para consultas de pré-natal das enfermeiras, possibilitando a organização de um cronograma para deslocamento às unidades para observação da consulta de pré-natal feita pela enfermeira.

Essas aproximações, associadas aos dados coletados durante a Observação I, compuseram a fase **Exploratória**, que consiste no diagnóstico situacional, com a detecção de apoios e resistência, características da população participante e problemas da situação (THIOLLENT, 2011).

5.3 CENÁRIO DA PESQUISA

Para delimitação **do campo de pesquisa**, apresenta-se o município da RMC, a 14ª maior cidade do estado em população, com cerca de 120 mil habitantes. Integra a 2ª Regional de Saúde do estado do Paraná, faz divisa com outras quatro cidades da RMC e está dividido em 15 bairros. Os serviços de saúde disponíveis na APS contabilizam 11 UESF e uma Unidade de Saúde da Mulher e Criança, além de contar com dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (Álcool e Drogas / II), uma Unidade de Pronto Atendimento 24h, um Centro de Especialidades e um hospital público com serviço de maternidade, que acaba absorvendo parte das demandas de municípios vizinhos de menor porte (PINHAIS, [201?]).

As UESF abrangem equipes multiprofissionais conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com médico, enfermeira, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012). As sete unidades que contam com consultórios odontológicos agregados complementam a equipe multiprofissional com cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. As UESF estão organizadas para realização de atendimentos provenientes da demanda espontânea e de forma agendada (PINHAIS. Secretaria Municipal de Saúde, 2020).

Durante o período de coleta dos dados desta pesquisa, entre o ano de 2018 e início de 2020, o município contava com 22 equipes de Estratégia de Saúde da Família, com uma média de duas equipes por UESF, com algumas unidades sendo atendidas por duas a três enfermeiras, abarcando ações tanto de gerenciamento do serviço na condição de coordenadora do serviço, como com prática de assistência direta à população.

No âmbito das práticas realizadas pela enfermeira nas UESF, que atuam em regime de trabalho de 40 horas, segundo o Relatório Anual de Gestão – 2019 da Secretaria Municipal de Saúde, constam Consulta de Enfermagem, Atendimento Domiciliar, Pré-Natal, Puerpério, Puericultura, Preventivo e Acolhimento (PINHAIS, 2020). Durante o período de desenvolvimento desta pesquisa, houve aprovação e publicação do Decreto municipal nº 329/2019, que estabelece os procedimentos técnicos referentes à consulta de enfermagem nos diversos ciclos de vida, no âmbito dos

Programas de Saúde Pública, conferindo respaldo técnico e legal às enfermeiras para solicitação de exames e prescrição de medicamentos, refletindo-se na elevação do total de procedimentos realizados em comparação ao ano anterior (PINHAIS. Secretaria Municipal de Saúde, 2020; 2019).

Quanto ao cuidado durante o pré-natal, observou-se predominância do acompanhamento por profissionais da categoria médica, com menos de 25% das consultas do ano de 2019 realizadas por enfermeiras (PINHAIS, 2020). Esses números podem ser devidos ao cuidado pré-natal feito pela enfermeira, na maioria das USF, restringir-se à primeira consulta ou consulta de vinculação, evidenciado por apenas 5,8% dos atendimentos de 2019 realizados por essa profissional corresponderem a consultas subsequentes (PINHAIS. Secretaria Municipal de Saúde, 2020).

A consulta de vinculação compreende uma anamnese abrangente quanto aos aspectos socioepidemiológicos, antecedentes familiares, pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos da gestante, além da situação da gravidez atual, com investigação de sintomas relacionados à gestação, dúvidas e orientações em saúde e sobre situações de risco e promoção da saúde, bem como consultas subsequentes e atividades educativas. Cabe ao profissional ainda verificar e orientar sobre a situação vacinal, solicitar exames de rotina e prescrever suplementos, realizar testes rápidos, devendo registrar as informações tanto no prontuário como no Cartão ou Carteira da gestante (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015; PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2014).

Destaca-se que o acolhimento, prática que compõe o rol de atividades realizadas pelas enfermeiras nas UESF do município, refere-se ao acolhimento à demanda espontânea, uma das variáveis avaliadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, criado pelo MS em 2011 com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a atenção básica (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013b).

O Acolhimento à demanda espontânea, conforme abordado no Caderno 28 do MS, corresponde a uma prática alinhada à postura, atitude e tecnologia de cuidado, vislumbrada como uma tecnologia capaz de contribuir com a ressignificação do modelo de atenção. Enquanto um dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe promove a escuta do usuário quanto a suas necessidades de saúde para fazer sua classificação de risco e encaminhamentos em conformidade com a demanda,

visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais para responder a elas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013b).

5.4 ATORES DA PESQUISA

Durante o desenvolvimento da pesquisa, o município contava com 27 enfermeiras atuantes nas UESF, 11 ocupavam cargos de coordenação, com atividades de gerenciamento e assistência, e 16 enfermeiras encontravam-se na parte assistencial. Para delimitação da **amostragem e da representatividade qualitativa** de maneira que a pesquisa exercesse um efeito conscientizador e de mobilização em torno da ação proposta, optou-se pela amostragem intencional dos participantes, adotando como critério de inclusão, enfermeiras que atuassem nas UESF do município há pelo menos seis meses, pois entende-se que a partir desse período a profissional já tenha domínio dos processos de cuidado concernentes ao serviço. Profissionais de outras áreas e enfermeiras que estivessem afastadas em razão de licença ou de férias no período das Oficinas Reflexivas foram excluídas da pesquisa.

O recrutamento das participantes foi feito diretamente no serviço pela pesquisadora. Participaram do Momento I, correspondente a Observação I, 16 enfermeiras que atuavam nas 11 UESF do município. Para o Momento II da pesquisa, correspondente a fase de Seminário, viabilizado por Oficinas Reflexivas, contou-se com a participação de 30 enfermeiras, sendo 27 provenientes das 11 UESF e três enfermeiras, que no período da coleta dos dados ocupavam cargos administrativos junto à secretaria de saúde do município e foram consideradas relevantes para a pesquisa e efetividade na implementação das transformações suscitadas do processo.

No Momento III da pesquisa, concernente a Observação II, participaram 12 enfermeiras, dentre as quais, nove corresponderam as mesmas enfermeiras nos dois momentos de observações (Observação I e II).

O Quadro 3 apresenta a distribuição das enfermeiras em cada um dos três momentos da pesquisa, totalizando 30 atrizes que atuaram participativamente para a concretização da P-A.

QUADRO 3 – AMOSTRAGEM CONFORME MOMENTOS DA PESQUISA.

MOMENTOS DA PESQUISA	MOMENTO I	MOMENTO II	MOMENTO III
ESTRATÉGIA	OBSERVAÇÃO I: Mapeamento e levantamento do cuidado de enfermagem na consulta pré-natal na APS	SEMINÁRIO: Oficinas Reflexivas com enfermeiras para o desenvolvimento de competência para o cuidado pré-natal na APS	OBSERVAÇÃO II: Monitoramento e avaliação da efetividade do processo reflexivo na prática profissional
PARTICIPANTES	16	30	12

FONTE: A autora (2021).

Salienta-se que, em decorrência da suspensão das atividades acadêmicas da UFPR na data de 16/03/2020, em razão da pandemia do Covid-19, a coleta de dados relativa à Observação II da pesquisa teve que ser interrompida. A princípio, faltaria observar cinco enfermeiras para fechar as observações com todas as enfermeiras das UESF que dispunham de agenda para consulta pré-natal no período. Entretanto, considera-se que os dados coletados foram suficientes para evidenciar a prática profissional das enfermeiras após as Oficinas Reflexivas, não havendo prejuízos para a pesquisa.

5.5 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados nos três momentos da pesquisa, contando com o apoio de Diários de Campo, instrumento que consiste na realização de anotações da realidade que auxiliam na descrição, análise e interpretação do objeto estudado (TONIN et al., 2018). Os Diários foram redigidos ao final de cada observação e das Oficinas Reflexivas, e as informações, estruturadas em três tipos de notas: Descritivas, com a descrição das atividades observadas; Reflexivas, com inferência do pesquisador quanto à prática observada; e Metodológicas, correspondentes às reflexões e à avaliação de aspectos metodológicos que poderiam ser melhorados para conferir maior profundidade e qualidade à observação seguinte (TONIN et al., 2018).

Na sequência, é apresentada a organização da pesquisa para a coleta dos dados em cada um dos três momentos.

5.5.1 MOMENTO I – OBSERVAÇÃO I: Mapeamento e levantamento do cuidado de enfermagem na consulta pré-natal na APS

Inicialmente, foi organizado um período de observação não participante da consulta da enfermeira no pré-natal, denominado Observação I, cujos resultados compuseram a **fase exploratória** da P-A. Após a observação, era feito o registro do cuidado observado em Diário de Campo, contando ainda com o apoio de instrumento estruturado em formato de *Checklist* (APÊNDICE III), elaborado com base em manuais técnicos do MS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000; 2006; 2013a; 2015), do ICM (ICM, 2019), do Programa Mãe Paranaense e a Rede Mãe Curitibana Vale a Vida (CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde, 2019; PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2014).

Foram realizadas duas observações piloto no mês de outubro de 2018, e a coleta efetivamente iniciou no mês de novembro de 2018, estendendo-se até fevereiro de 2019.

Para a observação não participante, selecionou-se ao menos uma enfermeira de cada UESF do município que mantinha uma agenda fixa para realização de consulta pré-natal, à qual foi explicada a finalidade e os objetivos da pesquisa, bem como foram sanadas quaisquer dúvidas referentes à pesquisa. Tendo o consentimento da profissional mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE IV), foi solicitada a anuência verbal e por escrito da gestante (APÊNDICE V), que passava por consulta do pré-natal, concernente à permissão para a presença do pesquisador e para posterior acesso e utilização dos dados registrados em prontuário e caderneta sobre os dados clínicos e obstétricos da atual gestação. Àquelas enfermeiras que não participaram do Momento I, foi apresentada a proposta da pesquisa, prosseguindo com a assinatura do TCLE no decorrer das Oficinas Reflexivas.

Ao final de cada observação era entregue à gestante, um agradecimento pela contribuição à pesquisa, bem como à enfermeira, esta recebia ainda um artigo⁸ (GUERREIRO et al., 2012; BARBOSA; GOMES; DIAS, 2011; GONÇALVES; KOVALSKI;

⁸ Optou-se por artigos nacionais, que não fossem muito extensos e abordassem uma percepção positiva das gestantes quanto ao cuidado pré-natal realizado por enfermeiras. Foram elencados três artigos para que não houvesse repetição entre as distintas enfermeiras observadas que atuassem numa mesma UESF.

SÁ, 2016) referente a consulta de pré-natal realizada pela enfermeira, com o intuito de estimular a leitura e reflexão sobre a temática bem como revitalizar o entusiasmo quanto a prática cotidiana.

O tempo total correspondente as 16 observações realizadas no Momento I foi de 895 minutos, com um total de 168 páginas de Diário de Campo. Estes contribuíram com a coleta para verificação das atitudes profissionais, bem como suas habilidades e conhecimentos durante a consulta de enfermagem, além de permitir observar a postura profissional durante o cuidado realizado, no sentido de uma percepção mais subjetiva da enfermeira. Em complementaridade, o *Checklist* contribuiu para uma visão mais objetiva da consulta, permitindo a quantificação de atividades preconizadas protocolarmente durante a condução do pré-natal de risco habitual acompanhado pela enfermeira na APS.

5.5.2 MOMENTO II - SEMINÁRIO: Oficinas Reflexivas com enfermeiras para o desenvolvimento de competência para o cuidado pré-natal

Esse momento englobou a fase dos **seminários** da P-A, que, para ser viabilizado, optou-se pela condução por meio de oficinas, segundo Afonso (2013).

Tendo como respaldo o diagnóstico situacional de como se conformava a prática da consulta de enfermagem nas unidades de saúde do município, foi organizada a primeira oficina reflexiva, objetivando a sensibilização das enfermeiras com referência ao cuidado desenvolvido para fomentar a reflexão quanto à competência no cuidado pré-natal e discutir o desenvolvimento da competência necessária à viabilização desse cuidado na realidade em que estão inseridas.

Para a construção das Oficinas Reflexivas foram seguidos os sete itens propostos por Afonso (2013). O Quadro 4 apresenta um paralelo entre os itens propostos por Afonso (2013) e uma síntese descritiva de como ocorreu a organização das oficinas em conformidade com a proposta do presente estudo.

QUADRO 4 – ESTRUTURAÇÃO DAS OFICINAS SEGUNDO OS ITENS PROPOSTOS POR AFONSO (2013).

ITENS CONFORME AFONSO (2013)	REFLEXÃO-AÇÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO PRÉ-NATAL NA APS
TEMA	Cuidado de Enfermagem com competência durante o pré-natal.
ANÁLISE DA DEMANDA	Enfermeiras têm relevante papel na garantia de acesso à saúde, igualdade de gênero e incremento da economia (TRIPLE IMPACT, 2016). Na especificidade da atenção à saúde da mulher, têm formação profissional e respaldo legal para acompanhar o pré-natal de risco habitual em sua integralidade (COFEN, 2016). As gestantes percebem o cuidado pré-natal pela enfermeira como satisfatório, relacionado a aspectos como o acolhimento humanizado, consideração da subjetividade da gestante e amparo nos momentos difíceis (LIVRAMENTO, 2019). Neste sentido, é essencial que essas profissionais tenham e desenvolvam competências para responder às necessidades da gestante para um atendimento integral, respeitando suas singularidades, uma vez que há documentos norteadores das competências essenciais à prática da obstetrícia (ICM, 2019).
FOCO	Mediante aproximação da realidade prática desenvolvida pelas enfermeiras quanto ao cuidado pré-natal, as oficinas visaram a promover uma reflexão para movimentação das participantes no sentido de proporem ou implementarem ações que aprimorassem o cuidado prestado, de maneira a alcançar os objetivos de pesquisa e de ação.
TEMAS GERADORES	Para a primeira oficina, foram expostos conceitos relacionados à pesquisa, feitas a apresentação e a discussão dos resultados referentes à prática profissional, resultantes da observação não participante, e feitos os acertos conforme demandas do grupo. Na segunda oficina, o tema abordado referiu-se ao exame físico durante o pré-natal, identificado pelas participantes como aspecto falho numa consulta com competência. A terceira e última oficina enfocou o âmbito legal de condutas da enfermeira durante a consulta pré-natal como o incremento à segurança na condução da consulta, bem como foi reforçada a importância da atualização profissional autônoma e procurado fortalecer as enfermeiras quanto à própria prática.
ENQUADRE	As oficinas foram realizadas em auditório da SMS do município participante da pesquisa, nos períodos da manhã e tarde, com média de três horas e 30 minutos de duração. As enfermeiras foram divididas em dois grupos para oportunizar a participação de todas, sem que houvesse prejuízos aos serviços. Os encontros foram realizados mensalmente entre junho e agosto de 2019.
PLANEJAMENTO FLEXÍVEL	O apoio da gestão, por intermédio da SMS, possibilitou a organização de datas e horários das oficinas conforme agenda dos serviços. Em razão da interação dialógica proposta pela P-A, a estruturação das oficinas se deu a partir das demandas do grupo, originadas das discussões e reflexões de cada encontro.
RECURSO ÀS TÉCNICAS DE DINAMIZAÇÃO EM GRUPO	Contou-se com apoio de tecnologias de áudio e vídeo disponíveis no auditório da SMS, bem como pastas, sulfites e canetas coloridas disponibilizadas pela pesquisadora. A apresentação de informações foi feita com apoio de <i>Power Point</i> , metodologias e dinâmicas de grupo também foram utilizadas para fomentar a discussão e reflexão a cerca da temática.

FONTE: A autora (2021), adaptado de AFONSO (2013).

Para proporcionar uma avaliação da contribuição do processo das Oficinas Reflexivas, a cada encontro solicitou-se às enfermeiras que registrassem a avaliação em sulfite distribuído pela pesquisadora, o que cada um trouxe para a oficina, o que deixava ao grupo e o que levava da vivência.

Afonso (2013) descreve que o número e duração das oficinas varia conforme o foco e as condições de realização, devendo conter essencialmente um momento inicial mais breve de aquecimento junto ao grupo, um momento intermediário mais longo que concentra a reflexão do grupo e um momento de sistematização e avaliação do trabalho do dia.

Neste sentido, foi elaborado um roteiro norteador para a condução de cada Oficina Reflexiva, organizado previamente mediante discussão entre as pesquisadoras, após encontro com os participantes da pesquisa, que suscitavam os temas geradores. A preparação do local de realização das Oficinas Reflexivas foi pensada para favorecer o acolhimento e o entrosamento entre as participantes e incluía a disposição das carteiras em formato de semicírculo, música ambiente, oferecimento de água e café durante os encontros.

As Oficinas Reflexivas foram gravadas em áudio e vídeo, e para captar com maior detalhamento as informações resultantes das discussões e reflexões do grupo, foram feitos registro e observação dos aspectos relevantes durante a oficina por um colaborador treinado e inteirado da proposta deste estudo, em complementariedade ao Diário de Campo do pesquisador principal.

No Quadro 5 constam o tempo de duração aproximado em minutos de cada oficina realizada, o tempo total de gravações de 15 horas e 43 minutos, que equivaleram a um tempo aproximado de 70 horas e 43 minutos para transcrição do material, e 93 páginas.

QUADRO 5 – TEMPO DE GRAVAÇÃO DE CADA OFICINA.

OFICINA	I – A	I – B	II – A	II – B	III – A	III – B	TOTAL
TEMPO (minutos)	148	136	174	169	160	156	943

FONTE: A autora (2021).

As propostas das Oficinas Reflexivas foram estruturadas segundo três objetivos centrais: a) sensibilizar as enfermeiras quanto ao cuidado realizado; b) promover discussão e reflexão quanto à necessidade de um cuidado com competência no pré-natal; c) fomentar proposições de cuidado pré-natal em consonância à competência preconizada para um cuidado de qualidade e em conformidade à realidade do município. O detalhamento dos objetivos e como se relacionam com o referencial teórico estão contemplados no item com a descrição de como foi estruturada cada oficina.

A seguir, é apresentada a estruturação que norteou a condução de cada oficina.

Oficina I – O cuidado pré-natal no município

A primeira oficina teve como objetivo sensibilizar as participantes quanto ao cuidado desenvolvido mediante apresentação dos dados coletados nas práticas observadas. A condução do encontro seguiu o planejamento segundo o Quadro 6.

QUADRO 6 – OFICINA I: PLANEJAMENTO E AÇÕES DESENVOLVIDAS.

(continua)

MOMENTOS		PLANEJAMENTO	AÇÕES
I N I C I A L	Boas vindas + acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação pessoal • Esclarecimentos da pesquisa e aspectos éticos • Entrosamento e reflexão sobre o trabalho em equipe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Destacar a pesquisa como construção conjunta no grupo • Solicitar assinatura do TCLE • Dinâmica “Auxílio mútuo” * <ul style="list-style-type: none"> ○ Todos os presentes em pé formando um círculo. Cada participante recebeu um chocolate e os seguintes comandos: segurar o chocolate com a mão direita, com o braço estendido (não pode ser dobrado, somente ser levado para direita e esquerda), desembulhar o chocolate com a mão esquerda, sem sair do lugar comer o chocolate. • Realizada breve reflexão da dinâmica
	(20 min)		

QUADRO 6 – OFICINA I: PLANEJAMENTO E AÇÕES DESENVOLVIDAS.

(continuação)

I N T E R M E D I Á R I O	Quem sou eu! (30 min)	<ul style="list-style-type: none"> Preenchimento instrumento (APÊNDICE VI) Caracterizar o perfil social, profissional e atributos das participantes Reconhecer e compartilhar fragilidades 	<ul style="list-style-type: none"> Dinâmica <i>Slash</i>⁹ Dispostas em semicírculo, cada participante explanou sobre aspectos da vida pessoal como estado civil, se tem filhos, procedência; conformação profissional, como local de formação, tempo e locais de atuação; e atributos pessoais como ansiedade, organização, entre outros.
	Reflexões iniciais (40 min)	<ul style="list-style-type: none"> Conceitos relacionados ao cuidado de enfermagem com competência no pré-natal 	<ul style="list-style-type: none"> Contextualizar o pré-natal como prática profissional no SUS Resgatar o cuidado como essência da profissão Conceituar competência conforme referencial utilizado
	Reflexões iniciais (40 min)	<ul style="list-style-type: none"> Conceitos relacionados ao cuidado de enfermagem com competência no pré-natal 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar Dinâmica “Atenção Plena” <ul style="list-style-type: none"> Participantes em pé, em semicírculo, orientados a fechar os olhos e respirar profundamente, atentando-se apenas a sua respiração, percebendo as sensações desse processo autônomo do organismo.
INTERVALO – <i>Coffee break</i> (20 min)			
	Reflexão sobre a prática profissional (40 min)	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilização e reflexão <p>Atividade: “o que já faz e poderia fazer melhor; o que ainda não faz e poderia começar a fazer”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar resultado da Observação I, realizada do Momento I da pesquisa Elencar, com as participantes, as potencialidades e fragilidades do pré-natal realizado
A V A L I A Ç Ã O	Temas geradores (15 min)	<ul style="list-style-type: none"> Definição dos temas da próxima oficina 	<ul style="list-style-type: none"> Definir temas geradores junto com as enfermeiras participantes da oficina → Uso de Flip Chart + canetão para visualização
	Encerramento (15 min)	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação da oficina Reforço à reflexão sobre a prática profissional 	<ul style="list-style-type: none"> Dinâmica “Trouxe/Deixa/Leva” <ul style="list-style-type: none"> Descrever em sulfite, em uma palavra, o que a participante trouxe para a oficina, o que deixava às demais participantes e o que levava do encontro realizado.

⁹ *Slash* na língua inglesa corresponde ao símbolo da barra inclinada (/), utilizado para indicar caráter aditivo. Em termos sociais, representa a separação das múltiplas facetas agregadas de um indivíduo (DRESDALE, 2018).

QUADRO 6 – OFICINA I: PLANEJAMENTO E AÇÕES DESENVOLVIDAS.

(conclusão)

			<ul style="list-style-type: none"> Entregar chocolate com a mensagem “A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”, como forma de agradecimento individual
--	--	--	---

FONTE: A autora (2021).

LEGENDA: *Extraído de PILER et al. (2019).

Na parte inicial da oficina, buscou-se situar as enfermeiras quanto a pesquisa para o aceite na participação e cumprimento dos aspectos éticos, bem como foi feita uma dinâmica (Auxílio mútuo) para entrosar o grupo e iniciar a reflexão sobre a importância do trabalho em equipe para que todos, atuando em sinergia, possibilitassem um agir eficaz da atividade proposta, que consistia em comer o chocolate distribuído.

No momento proposto com a atividade “Quem sou eu!”, além de angariar dados componentes da caracterização das participantes, buscou-se fortalecer as enfermeiras como profissionais, evidenciando questões angustiantes comuns para maior integração e estímulo à reflexão, uma vez que, ao explicar sobre si, as enfermeiras necessitam refletir sobre como fazê-lo.

Julgou-se relevante resgatar e contextualizar onde se insere a prática do cuidado pré-natal da enfermeira no SUS e qual sua finalidade, inicialmente instigado às enfermeiras por meio de questionamentos como “Onde o pré-natal está inserido na lógica do serviço?”, “Qual a finalidade do acompanhamento pré-natal?”, utilizando como referencial de apoio documentos governamentais como a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Atenção Básica e o Caderno 32 - Atenção ao pré-natal de baixo risco (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006; 2015).

Para subsidiar a consideração das enfermeiras sobre o cuidado no pré-natal, indagou-se o que seria cuidado e cuidado de enfermagem, qual sua finalidade e se as participantes se consideravam aptas a identificar as necessidades das gestantes. O arcabouço teórico que embasou a discussão foram os conceitos de cuidado e cuidado de enfermagem, referidos como uma ação compartilhada permeada por uma intencionalidade, de outra forma, caracterizaria apenas por procedimento (TURKEL; WATSON; GIOVANNONI, 2018).

Por fim, a reflexão sobre competência tomou por base as definições de Perrenoud (1999) e Le Boterf (2003), buscando responder “ao que é competência?”, “como é possível identificá-la e desenvolvê-la”. Com destaque à atenção plena em que o profissional tem que estar por inteiro na situação a ser resolvida, possibilitando utilizar todos os seus sentidos para identificar detalhes da situação que lhe permitam mobilizar os recursos necessários para agir de forma eficaz.

Para trazer o diagnóstico situacional das observações realizadas da prática do cuidado pré-natal das enfermeiras, foi apresentado o documento Competências Essenciais para a prática da obstetrícia (ICM, 2019), seguido dos dados da Observação I, quanto a consulta e registros na carteira da gestante e prontuário¹⁰. A partir disso as enfermeiras foram instigadas a elencar potencialidades e fragilidades percebidas no cuidado pré-natal do município, refletindo sobre o tema gerador da próxima oficina que julgavam importante ser abordado para possibilitar o cuidado pré-natal de enfermagem com competência como estratégia para consolidação dos assuntos abordados.

Com o intuito de estimular e fortalecer as participantes em suas práticas, abordou-se sobre a campanha global *Nursing Now*, com vistas ao seu fortalecimento enquanto protagonistas na saúde para seu pleno potencial no desenvolvimento da prática e a contribuir para o acesso universal à saúde das populações (CRISP; IRO, 2018). Além disso, foi feita uma provocação para que refletissem sobre o que fazem na prática e poderiam fazer melhor e o que ainda não fazem e poderiam passar a fazê-lo.

Para finalizar o encontro, procedeu-se a uma dinâmica de avaliação “Trouxe/Deixo/Levo”, resgatou-se a data da próxima oficina e foi entregue um chocolate como forma de agradecimento. Ainda, durante o período de realização das Oficinas Reflexivas, foi proporcionado um momento de descontração com o oferecimento de um *coffee break* às participantes.

¹⁰ Vale destacar que, decorrente da presente pesquisa, foram orientados dois subprojetos, por meio de Monografia para conclusão do Curso de Enfermagem, os quais objetivaram identificar as informações registradas em prontuários de gestantes durante a consulta de enfermagem ao pré-natal na APS e identificar as informações registradas nas carteiras das gestantes vinculadas ao pré-natal na APS, tendo proporcionado um olhar aprofundado do cuidado, compondo as informações do diagnóstico situacional apresentadas na primeira oficina.

Para responder aos questionamentos-chave e à dinâmica de avaliação, foram disponibilizados às participantes sulfites e canetas esferográficas azuis, posteriormente recolhidos para comporem os dados para análise.

Oficina II – O cuidado de enfermagem no pré-natal

Na segunda oficina, objetivou-se instrumentalizar as enfermeiras quanto as necessidades problematizadas na oficina anterior, fomentando a discussão e reflexão para implementação ao cuidado com competência no pré-natal. A condução do encontro seguiu o planejamento estabelecido no Quadro 7.

QUADRO 7 – OFICINA II: PLANEJAMENTO E AÇÕES DESENVOLVIDAS.

(continua)

MOMENTO		PLANEJAMENTO	AÇÃO
I N I C I A L	Boas vindas + acolhimento (20 min)	<ul style="list-style-type: none"> Entrega de pastas personalizadas Retomada de esclarecimentos da pesquisa e aspectos éticos Apresentação das percepções do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Retomar aspectos da pesquisa e TCLE para inclusão de novos participantes. Entregar pastas personalizadas contendo folhas coloridas para anotações e atividade de avaliação ao final do encontro. Resgatar percepções gerais quanto aos temas abordados da oficina anterior como subsídio ao encontro do dia. Compartilhar atividades incorporadas à prática profissional desde o último encontro
	Conhecimento atual (20 min)	<ul style="list-style-type: none"> Exame físico no pré-natal 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar o conhecimento do grupo quanto ao exame físico da gestante. → Uso de Flip Chart + canetão para visualização
	Reflexão sobre a prática (50 min)	<ul style="list-style-type: none"> Exposição dialogada quanto ao exame físico 	<ul style="list-style-type: none"> Enfocar e refletir sobre a relevância dos cuidados com maior fragilidade/dúvida, a partir do (re)conhecimento do grupo.
	INTERVALO – <i>Coffee break</i> (20 min)		
	Reflexão sobre a prática (50 min)	Continua (...)	Continua (...)

QUADRO 7 – OFICINA II: PLANEJAMENTO E AÇÕES DESENVOLVIDAS.

(conclusão)

A V A L I A Ç Ã O	Temas geradores (20 min)	<ul style="list-style-type: none"> Definição dos temas da próxima oficina 	<ul style="list-style-type: none"> Definir temas geradores → Uso de Flip Chart + canetão para visualização
	Encerramento (15 min)	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação da oficina 	<ul style="list-style-type: none"> Descrever o que “Trouxe/Deixa/Leva” do encontro Entregar agradecimento individual

FONTE: A autora (2021).

Inicialmente procedeu-se à entrega de pastas personalizadas nominadas para cada participante presente, contendo sulfites nas cores azul, verde, amarelo e rosa e uma caneta esferográfica azul, para que as enfermeiras pudessem fazer suas anotações e, ao final da oficina, avaliar o encontro com a dinâmica “Trouxe/Deixo/Levo”.

Foram retomados os esclarecimentos relativos aos aspectos éticos e objetivos da pesquisa em razão da participação pela primeira vez de algumas enfermeiras. Em seguida, pediu-se ao grupo explicar sobre a prática transcorrida desde a última oficina, se haviam incorporado ou modificado alguma ação do cotidiano.

Diante do tema elencado pelas participantes na oficina anterior em relação à necessidade de abordar sobre o exame físico, percebendo esse exame (sua não realização) como um entrave à efetivação do cuidado com competência no pré-natal, procedeu-se à discussão para identificar aspectos problemáticos para serem abordados em maior profundidade na modalidade de aula expositiva dialogada, embasada na literatura científica e em diretrizes e *guidelines* de órgãos de saúde nacionais e internacionais, além de órgãos regulamentadores da profissão (WHO, 2016a; BRASIL. Ministério da Saúde, 2015; CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde, 2019; PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2014; COFEN, 2016).

Os aspectos compreendidos foram relativos à legalidade da consulta pré-natal realizada pela enfermeira, à importância e ao objetivo do acompanhamento pré-natal, ao direcionamento da anamnese e exame físico geral e obstétrico na gestante, possibilitando o resgate de conhecimentos, discussão para sanar dúvidas e reflexão sobre como poderiam organizar a prática para que os pontos abordados fossem incorporados a suas realidades.

Para finalizar o encontro foram suscitados novos temas geradores pelas participantes, que necessitariam ser abordados para possibilitar um cuidado pré-natal com maior competência pelas enfermeiras. Em seguida, na dinâmica de avaliação, preencheram nos sulfites disponibilizados o que haviam trazido, deixado e levado da oficina.

Como forma de estimular a incorporação do exame físico da gestante à prática profissional das enfermeiras na consulta de pré-natal, confeccionou-se um bloco de anotações e caneta, em tamanho compatível com o bolso do jaleco, para que as participantes pudessem levar consigo durante a prática. Na capa do bloco utilizou-se o símbolo da lamparina, que representa a enfermagem, com o título “Consulta de Enfermagem”, e a frase “conhecimento é poder” como formas de valorizar o trabalho da enfermeira e estimular o aperfeiçoamento e a busca por conhecimento.

Oficina III – O cuidado pré-natal no município

Na terceira e última oficina, o objetivo foi sintetizar as reflexões e a estruturação de possibilidades de organização do cuidado pré-natal em consonância com a competência preconizada e em conformidade com a realidade do município. A condução do encontro seguiu o planejamento do Quadro 8.

QUADRO 8 – OFICINA III: PLANEJAMENTO E AÇÕES DESENVOLVIDAS.

	MOMENTO	PLANEJAMENTO	AÇÃO
I N I C I A L	Boas-vindas + acolhimento (15 min)	<ul style="list-style-type: none"> Relaxamento Apresentação das percepções do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar um momento de relaxamento com música para centrar a atenção na oficina Resgatar percepções gerais quanto aos temas abordados da oficina anterior como subsídio ao encontro do dia. Compartilhar atividades incorporadas à prática profissional desde o último encontro
	Atualização profissional (30 min)	<ul style="list-style-type: none"> Indicações de sites 	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação de sites para atualização de conhecimentos profissionais e capacitações a distância
I N T E R M E D I Á R I O	Reflexão sobre a prática (50 min)	<ul style="list-style-type: none"> Exposição dialogada quanto a aspectos legais da prática 	<ul style="list-style-type: none"> Revisar e discutir aspectos legais das principais prescrições realizadas pela enfermeira no cuidado pré-natal, a partir do Decreto municipal.
	INTERVALO – <i>Coffee break</i> (20 min)		
	Reflexão sobre a prática (50 min)	<ul style="list-style-type: none"> Visão da gestante em relação à valorização do cuidado recebido 	<ul style="list-style-type: none"> Discutir a consulta de pré-natal realizada pela enfermeira na visão das gestantes. Refletir sobre aspectos para valorização da profissão e visibilidade do processo de trabalho.
A V A L I A Ç Ã O	Temas geradores (20 min)	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação da continuidade 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a necessidade de abordagem de novos temas e continuidade das Oficinas Reflexivas. Sintetizar e pontuar os próximos passos para a implementação de ações para incremento ao cuidado pré-natal com competência.
	Encerramento (15 min)	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação das Oficinas Reflexivas 	<ul style="list-style-type: none"> Descrever o que “Trouxe/Deixa/Leva” do encontro Entregar agradecimento individual

FONTE: A autora (2021).

A última oficina teve início com um momento de relaxamento e resgate da atenção plena das participantes, em seguida, explanou-se sobre as percepções das ações incorporadas na prática diante das provocações realizadas nas oficinas anteriores quanto a quais ações já faziam e poderiam melhorar e o que ainda não faziam e poderiam implementar na prática para um cuidado com competência.

Diante do desconhecimento de algumas participantes da oficina anterior quanto a protocolos governamentais e literatura científica utilizados, bem como para estimular a busca por aprimoramento dos conhecimentos, optou-se por incluir no tema gerador proposto pelas enfermeiras a apresentação de sites confiáveis para atualização de conhecimentos profissionais e capacitações a distância, como sites governamentais e plataformas de *Massive Open Online Course*.

Como tema gerador a ser abordado contemplou a revisão e a discussão de aspectos legais das principais prescrições realizadas pela enfermeira no cuidado pré-natal, a partir do Decreto municipal número 329 de maio de 2019, abrangendo dúvidas quanto à prescrição medicamentosa e a situações em que a necessidade da gestante extrapola os limites do cuidado de enfermagem, sendo preciso encaminhá-la para outra categoria profissional.

Com o intuito de fortalecer as enfermeiras para implementação dos aspectos refletidos durante as Oficinas Reflexivas na prática cotidiana, discutiu-se o artigo “Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde”, cujo objetivo foi compreender as percepções das gestantes sobre o cuidado recebido durante o pré-natal, no âmbito da atenção primária à saúde, evidenciando a satisfação das gestantes quanto à atenção dispensada, ao acolhimento humanizado, à consideração da sua subjetividade e ao amparo nos momentos de dificuldade (LIVRAMENTO et al., 2019).

Como subsídio à reflexão quanto à necessidade de valorização da profissão e visibilidade do processo de trabalho, discorreu-se sobre o editorial “Valorização e visibilidade da enfermagem”, destacando a necessidade de iniciar pela própria valorização entre a enfermagem e a promoção do cuidado realizado, de modo a trazer visibilidade ao fazer da profissão (LACERDA, 2018).

Diante da apreciação das participantes quanto à necessidade de implementar na prática cotidiana as ações oriundas das reflexões propiciadas durante as oficinas, suscitou-se o questionamento de como poderiam então desenvolver o cuidado conforme acreditassem, numa perspectiva que ampliasse a abordagem clínica à gestante.

Para finalizar o encontro, procedeu-se à dinâmica “Trouxe/Deixo/Levo”, em que as participantes descreveram em sulfites suas perspectivas quanto ao encontro do dia e referente a todo o processo de Oficinas Reflexivas. Como agradecimento individual e para sintetizar as oficinas, foram confeccionados recipientes com mistura para esquentar pés, entregues a cada participante, com uma *tag* com a seguinte frase: “Você nunca sabe que resultados virão da sua ação, mas se você não fizer nada, não existirão resultados”. O esquentar pés teve o intuito de fazer com que as enfermeiras relembressem a importância de estar em sua plenitude durante a consulta para desenvolvê-la com

competência, e a frase motivacional era para que continuassem vislumbrando e implementando transformações na prática profissional.

5.5.3 MOMENTO III – OBSERVAÇÃO II: Monitoramento e avaliação da efetividade do processo reflexivo na prática profissional

No terceiro momento, ocorreram o monitoramento e a avaliação da efetividade do processo de reflexão-ação na prática profissional, com a realização de nova observação não participante de consulta pré-natal feita por enfermeiras que participaram das oficinas, iniciadas após três meses da finalização do último encontro, por intuir que, nesse período, propostas de aprimoramento da prática suscitadas durante as Oficinas Reflexivas já pudessem estar ligadas à rotina do serviço, facilitando a avaliação do processo.

Primeiramente foi feito contato prévio via telefone para levantamento da agenda de pré-natal nas USFs, organizado o cronograma para as observações e no dia anterior à consulta era feita a confirmação da agenda da enfermeira. Na sequência da consulta, eram feitos os registros das informações observadas em Diário de Campo e o preenchimento do instrumento em *Checklist*, o que totalizou 672 minutos de observação e 156 páginas de Diário de Campo.

Como agradecimento a cada enfermeira por sua contribuição à pesquisa, foram entregues pequenos vasos de plantas suculentas, que representam plantas resistentes e resilientes, juntamente com um cartão com a seguinte anotação: “Desenvolver competência requer um investimento diário. Seja a transformação que almeja da prática, é preciso dar apenas o primeiro passo, e quando pensar em desistir, lembre-se do que te motivou a ser Enfermeira”.

O intuito foi entregar algo que fosse duradouro, assim como as plantas suculentas são, desde que mantidos os cuidados mínimos necessários. Da mesma forma, a frase remete ao exercício diário de buscar aprimorar a prática profissional, sendo que para que ocorram transformações é preciso começar de alguma forma, não adianta realizar as mesmas ações e esperar resultados diferentes. E o ato de lembrar o que motivou a

escolher a profissão contribui para reforçar o compromisso ético e resgatar o propósito essencial da enfermagem.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

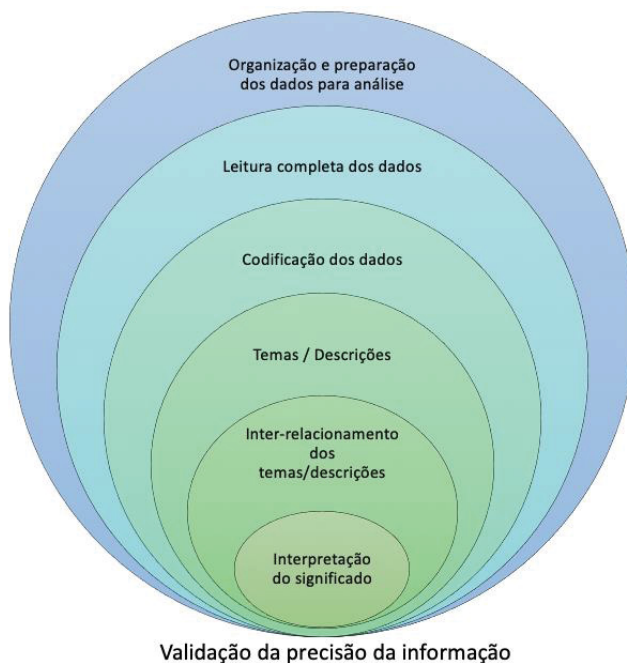
Os dados resultantes das Observações I e II foram analisados com apoio do documento Competências Essenciais para a prática da Obstetrícia (ICM, 2019), de modo a oferecer um panorama dos conhecimentos, habilidades e atitudes das enfermeiras durante as consultas pré-natais. As informações compiladas durante a Observação I, no primeiro momento da pesquisa, serviram de subsídio para as discussões na Oficina I, compondo o diagnóstico situacional da **fase exploratória** da P-A, auxiliando na delimitação dos temas geradores e na colocação dos problemas pelos participantes.

Já a análise da Observação II, após a finalização das oficinas, possibilitou a identificação da efetividade do processo de reflexão-ação, encerrando os objetivos da P-A, que, para se concretizarem, devem partir de uma “ação planejada, objeto de análise, deliberação e avaliação” (THIOLLENT, 2011, p. 79). Nesse sentido, com a análise do processo, poder-se-á proceder a um novo diagnóstico situacional (THIOLLENT, 2011), numa circularidade entre pesquisa e ação.

Para analisar os dados resultantes do segundo momento da pesquisa, marcado pela fase de Seminários, que compreendeu a realização das Oficinas Reflexivas junto às enfermeiras, foram seguidos os seis passos para análise de dados na pesquisa qualitativa preconizados por John W. Creswell.

Na Figura 2, são apresentados os seis passos propostos para certificação da validação da precisão da informação analisada, exemplificando a intencionalidade da análise, que é extrair o significado dos dados, por meio das diversas camadas a serem exploradas pelo pesquisador até alcançar o âmago do fenômeno pesquisado. Vale salientar que os passos se inter-relacionam e ocorrem de maneira interativa, sem necessidade de seguir uma abordagem linear e hierárquica do processo (CRESWELL, 2010).

FIGURA 2 – ANÁLISE DE DADOS NA PESQUISA QUALITATIVA.



FONTE: adaptada de CRESWELL (2010), p. 218.

Inicialmente, foram feitas a transcrição e a organização dos materiais coletados de maneira a facilitar ao pesquisador a leitura dos dados, para, em seguida, prosseguir com o processo de codificação, que contou com apoio do *software* livre para análise qualitativa, que possibilita a análise sobre *corpus* e dados textuais - Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) (CAMARGO; JUSTO, 2013), possibilitando ao pesquisador levar adiante a interpretação dos resultados já processados pelo *software* com rigor científico (SOUZA et al., 2018).

O material oriundo das falas das participantes das oficinas foi organizado em *corpus*, que corresponde ao conjunto de textos organizados pelo pesquisador, os quais se pretende analisar (CAMARGO; JUSTO, 2018).

O processamento dos dados pela análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ocorreu em 24 segundos, com aproveitamento de 87,88%, a partir de um *corpus* constituído por 28¹¹ textos (*number of texts*), com retenção de 486 STs

¹¹ Duas enfermeiras que participaram de apenas uma oficina não tiveram falas identificadas durante as transcrições, resultando em 28 *corpus* para compor o processamento pelo *software*.

(*segments classified*) em 553 STs (*number of text segments*) gerados, conforme relatório do *software* Iramuteq.

A partir da conformação sete classes oriunda do processamento pelo *software* Iramuteq, foram elencados os temas nominados como subcategorias a partir das sete classes geradas, analisadas quanto aos vocábulos pertencentes, que foram relacionados pelo processo de codificação, que, inter-relacionados, propiciaram o agrupamento em três categorias, possibilitando a interpretação e extração do significado dos dados.

Para finalizar o ciclo da pesquisa-ação, a **divulgação externa** aos atores da pesquisa teve início mediante reunião realizada no mês de março de 2020 com enfermeira responsável pelo DAPS do município local da pesquisa, para retorno parcial das informações provenientes da pesquisa e verificação de possibilidade de nova oficina com as enfermeiras que participaram da pesquisa para retorno das informações, entretanto, devido à pandemia de Covid-19, esse contato com o grupo foi adiado em período a ser combinado.

A divulgação à comunidade já vem ocorrendo mediante apresentação de trabalhos em eventos científicos: Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa e Congresso Brasileiro de Enfermagem em 2019; Simpósio Internacional de Assistência ao Parto em 2020; e publicação de artigos científicos na Revista de Enfermagem UFPE *on line* e Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro em 2019; Revista Gaúcha de Enfermagem, 2020 – aceito; e Revista *Avances en Enfermería*, 2020 – em análise).

O Quadro 9 a seguir, sintetiza o percurso metodológico durante os três momentos da pesquisa.

QUADRO 9 – ESTRUTURA SÍNTESE DO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.

	MOMENTO I	MOMENTO II	MOMENTO III
Atividade	Mapeamento e levantamento do cuidado de enfermagem na consulta pré-natal na APS	Promoção de reflexão-ação com enfermeiras para o desenvolvimento de competência no cuidado pré-natal na APS	Monitoramento/ avaliação da efetividade do processo reflexivo na prática profissional
Fases da P-A	Exploratória	Seminário*	Divulgação externa dos resultados
Técnica de coleta	Observação não participante <ul style="list-style-type: none"> • Checklist (Apêndice III) • Diário de Campo 	Oficinas Reflexivas <ul style="list-style-type: none"> • Diário de Campo 	Observação não participante <ul style="list-style-type: none"> • Checklist (Apêndice III) • Diário de Campo
Análise dos dados	Documento ICM (2019) (Apêndice I)	Creswell (2010) + <i>Software</i> Iramuteq	Documento ICM (2019) (Apêndice I)

FONTE A autora (2021).

LEGENDA: *Viabilizado por meio de Oficinas Reflexivas segundo Afonso (2013), permeado pelas fases de lugar da teoria, hipótese, colocação dos problemas, aprendizagem e saber formal e informal.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento desta pesquisa esteve norteado pelas diretrizes e normas regulamentadoras das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, 2013c; 2016) sobre Pesquisas envolvendo seres humanos e Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, respectivamente. Teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, em 24 de abril de 2018, sob registro nº CAEE 83070218.0.0000.0102 (ANEXO II).

As participantes foram informadas dos objetivos, do método de pesquisa, dos benefícios previstos e dos possíveis riscos de sua participação, destacando-se a garantia do anonimato e o sigilo de suas identidades, bem como o uso das informações apenas para fins científicos. A identificação das participantes foi feita pela inicial “E”, de “enfermeira”, acompanhada do algarismo arábico (E1, E2, E3...).

O presente estudo foi aprovado com financiamento pelo Edital 04/2019 da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG/UFPR) e contou com duas bolsistas discentes da graduação do curso de Enfermagem da UFPR, que desenvolveram os Planos de Trabalho como um desmembramento desta pesquisa, com o objetivo de identificar as informações registradas nas carteiras das gestantes vinculadas ao pré-natal na APS, permitindo uma visão e geral do fenômeno.

6 RESULTADOS

Para apresentação dos dados, optou-se por trazer inicialmente a caracterização dos atores envolvidos na pesquisa, tendo como base informações provenientes de formulário aplicado às participantes e da dinâmica “*Slash*”, realizada na Oficina I. As competências observadas nos Momentos I e II da pesquisa, correspondentes à Observação I e II, apresentam-se organizadas conforme análise dos Diários de Campo e documento do ICM, bem como em relação aos dados oriundos do *Checklist* da consulta pré-natal.

Na sequência, são apresentadas as três categorias provenientes da análise das Oficinas Reflexivas, realizadas no Momento II do estudo. E por fim, os resultados atinentes à avaliação das enfermeiras relativos à participação nesse processo e as ações incorporadas e sugeridas à prática mediante processo reflexivo.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ATORES PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os atores envolvidos na pesquisa eram majoritariamente do sexo feminino, média de idade de 46,4 anos, estado civil casadas ou com companheiro fixo, e com filhos. O tempo médio de formação na graduação foi de 17 anos, sendo essa formação majoritariamente sido feita em instituições privadas de ensino, a média de tempo de atuação na APS era de 11 anos e, especificamente no pré-natal, o tempo médio de atuação foi de nove anos. As enfermeiras apresentavam em sua maioria mais de uma especialização, 13 com apenas uma. As principais áreas relacionavam-se à administração como Auditoria e Gestão em Saúde e Enfermagem do Trabalho, na especificidade da atenção obstétrica, seis enfermeiras tinham o título de especialistas em Enfermagem Obstétrica (QUADRO 10).

QUADRO 10 – PERFIL DE FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ATORES ENVOLVIDOS NA PESQUISA.

ENF	IDADE	SEXO	INSTITUIÇÃO/TEMPO (anos) DE GRADUAÇÃO	FORMAÇÃO COMPLEMENTAR	ATUAÇÃO NA APS (anos)	CARGO
01+	38	F	PA / 08	Esp	02	Assist
02+	35	F	PA / 14	Esp	03	Assist
03	44	F	PU / 20	Esp	03	Assist
04	N.I.	F	PA / N.I.	Esp	0,5	Assist
05	44	F	PA / 12	Esp	12	Coord
06+	45	F	PU / 16	Esp	14	Assist
07	46	F	PU / 21	Esp*	17	Coord
08	30	F	PA / 09	Esp*	08	Assist
09	32	F	PU / 09	Me	09	Coord
10	53	F	PU / 24	Esp	24	Assist
11	49	F	PU / 27	Esp	16	Coord
12+	52	F	PA / 31	Esp	28	Assist
13	38	F	PU / 16	Esp	15	Gestão
14	36	M	PU / 08	Esp	06	Gestão
15	35	F	PU / 12	Esp	09	Coord
16+	39	F	PA / 13	Esp	10	Assist
17	38	F	PA / 17	Esp	15	Coord
18+	32	F	PU / 10	Esp*	09	Assist
19	43	F	PA / N.I.	Esp*	14	Coord
20+	34	F	PA / 12	Esp*	0,9	Coord
21	53	F	PA / 29	Esp	24	Coord
22	36	F	PU / 11	Esp	11	Coord
23	39	F	PA / 16	Esp	04	Coord
24	30	F	PA / 09	Esp	01	Assist
25	N.I.	F	PA / 18	Esp	18	Assist
26	N.I.	F	PA / 26	Esp	26	Assist
27	N.I.	F	PA / 12	Esp*	08	Assist
28	N.I.	M	PA / 25	Esp	07	Coord
29	58	F	PA / 35	Esp	12	Assist
30	53	F	PU / 30	Esp	01	Assist

FONTE: A autora (2021).

LEGENDA: + participaram de todos os momentos do estudo; N.I. – não informado; PA – Particular; PU – Pública; Esp. – Especialização; Me – Mestrado; * Especialização em Obstetrícia; Assist – Assistencial; Coord – coordenação.

No que concerne à participação em eventos e capacitações para atualização dos conhecimentos na atenção ao pré-natal, houve baixa alusão das enfermeiras, sendo majoritariamente referidas capacitações ofertadas pela gestão municipal.

Em complementariedade à caracterização do perfil das enfermeiras que participaram do estudo, foram identificados outros aspectos relevantes durante a dinâmica “*Slash*” também realizada na Oficina I, integrando o momento “Quem sou eu!” da oficina, que consistiu em uma rodada de apresentação individual abrangendo as

múltiplas atividades desenvolvidas. Cada participante levou em média três minutos e trinta segundos para discorrer sobre aspectos dos âmbitos pessoal e profissional, estabelecendo relações de como isso influenciou e contribuiu na sua personificação profissional.

Como aspectos de destaque da dinâmica, foram identificados o desenvolvimento paralelo de atividades como atuação em outros serviços de saúde, a prática de atualização profissional na modalidade de Ensino a Distância, a formação em outras carreiras como advocacia (duas participantes) e fisioterapia (uma participante), além da realização de atividades de cuidado dos filhos e família e *hobbies*, conforme cada uma sentisse necessidade de expressar algo sobre seu perfil ao grupo. Durante a dinâmica, houve momentos de emoção relativos à descrição de questões pessoais, como relacionamentos entre filhos e companheiro, tendo as enfermeiras destacado a ansiedade como principal atributo associado a seu perfil. A avaliação da dinâmica pelo grupo foi positiva, principalmente por ultrapassar o contato profissional, favorecendo a empatia entre as integrantes pelo reconhecimento do outro em suas fragilidades e potencialidades.

6.2 COMPETÊNCIAS OBSERVADAS NO CUIDADO PRÉ-NATAL

Para nortear a análise das informações observadas nas consultas de pré-natal realizadas pelas enfermeiras, foram tomadas por base as Competências Gerais e as Competências Pré-Gravidez e Pré-Natal do ICM (descritas nas páginas 35 e 36), que congregam competências globais que os profissionais devem ter na condição de profissionais de saúde e competências referentes à especificidade do cuidado pré-concepção e durante todo o período gestacional.

A ocasião da Observação I, em que se deu a observação da prática do cuidado pré-natal gerou receios manifestados pelas enfermeiras, relacionados à maneira correta de realizar o cuidado, expressado por frases ao final da observação que remetem à avaliação, como “fui bem?”, “como me sai?”. Entretanto, no Momento III da pesquisa, mediante Observação II, em que ocorreu a reobservação da prática dessas enfermeiras, esses questionamentos foram menos frequentes, podendo aludir a uma maior segurança

das enfermeiras durante a consulta e à familiaridade com a pesquisadora, levando maior tranquilidade ao ter a prática observada.

6.2.1 Competências gerais da enfermeira para a prática obstétrica

Inicialmente são apresentadas as competências que abordam as responsabilidades como profissional da saúde, a relação com a mulher e outros provedores de cuidado, englobando atividades de cuidado que se aplicam a todos os aspectos da prática obstétrica. Por compreender que os conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados a essas competências são difíceis de serem identificados apenas com a observação de uma prática, pois abrangem atitudes profissionais quanto a conhecimentos científicos e tecnológicos, comportamentos relacionais e aspectos éticos e legais, direcionados à gestante e família, bem como a equipe de saúde, estão apresentados num quadro geral da competência tendo como base os dados registrados em Diários de Campo durante as Observações I e II.

As atitudes observadas durante a prática das enfermeiras na consulta de pré-natal, que se relacionam com as competências gerais atinentes ao exercício da obstetrícia conforme preconizado pelo ICM, estão apresentadas no Quadro 11 no formato de ações concretizadas observadas no cuidado prestado.

QUADRO 11 – COMPETÊNCIAS GERAIS OBSERVADAS NA CONSULTA PRÉ-NATAL

(continua)

COMPETÊNCIA (ICM)	HABILIDADES E ATITUDES OBSERVADAS ¹²
1.a Assumir a responsabilidade por suas próprias decisões e ações como um profissional autônomo	Apresenta-se como enfermeira e orienta sobre a condução da primeira consulta do pré-natal; Menciona embasamento em protocolos ao fornecer orientações; e Apresenta postura de autoconfiança e neutralidade durante a consulta.
1.b Assumir a responsabilidade pelo autocuidado e pelo autodesenvolvimento como profissional	Fecha a porta do consultório ao iniciar a consulta e a tranca ao fazer o exame físico na gestante; e Expressa desejo em fazer mestrado.
1.c Delegar adequadamente aspectos de cuidado e fornecer supervisão	Dissocia a coleta dos testes rápidos/procedimentos comuns à equipe da consulta de vinculação.

¹² As colunas da tabela estão nomeadas conforme divisão apresentada pelo documento original do ICM (2019), entretanto, entende-se que para certas atitudes observadas, há habilidades inerentes, sem haver a necessidade de explicitá-las.

QUADRO 11 – COMPETÊNCIAS GERAIS OBSERVADAS NA CONSULTA PRÉ-NATAL

(conclusão)

1.d Usar pesquisas para informar a prática	Contribui e participa de pesquisas científicas; e Promove orientações embasadas cientificamente.
1.e Defender os direitos humanos fundamentais dos indivíduos quando prestam cuidados	Identifica situações de risco social e encaminha aos serviços correspondentes de apoio; Estabelece comunicação efetiva com gestantes estrangeiras; e Orienta direitos trabalhistas da gestante.
1.f Aderir às leis jurisdicionais, requisitos regulamentares e códigos de conduta para a prática de obstetrícia	Realiza o registro dos testes rápidos e garante a confidencialidade da gestante; Registra adequadamente as informações pertinentes na carteira da gestante, prontuário e demais campos necessários; e Atua seguindo os preceitos éticos e legais da profissão.
1.g Facilitar às mulheres quanto a escolhas individuais sobre os cuidados	Elabora, em conjunto com a gestante, plano de cuidados abrangente.
1.h Demonstrar comunicação interpessoal eficaz com mulheres e famílias, equipes de saúde e grupos comunitários	Utiliza intérprete no idioma da gestante para maximizar a comunicação.
1.i Facilitar processos de parto normal em ambientes institucionais e comunitários, incluindo o domicílio da mulher	Fornece informações com precisão e clareza e responde às necessidades dos indivíduos.
1.j Avaliar o estado de saúde, rastrear os riscos para a saúde e promover a saúde geral e o bem-estar de mulheres e bebês	Investiga fatores de risco ao desenvolvimento saudável da gestação e os registra.
1.k Prevenir e tratar problemas de saúde comuns relacionados à reprodução e ao início da vida	Identifica e orienta comportamentos de risco à saúde, como práticas sexuais inseguras.
1.l Reconhecer condições fora do âmbito da prática obstétrica e referir-se apropriadamente	Registra aspectos atinentes a encaminhamentos para outros serviços.
1.m Cuidar de mulheres que sofrem violência física e sexual e abuso	Abrange na anamnese questionamentos sobre segurança em casa e no trabalho; e Trabalha em equipe junto aos ACS para identificar casos de risco de violência ou abuso.

FONTE: A autora (2021), adaptado de ICM (2019).

6.2.2 Competências na especificidade da pré-gravidez e pré-natal

O ICM elenca nove competências nesse âmbito que abordam aspectos sobre avaliação da saúde materna e fetal, promoção da saúde e bem-estar e detecção de complicações durante a gestação e cuidado à mulher com gravidez não planejada. Entretanto, devido à peculiaridade de organização da prática da consulta pré-natal entre a equipe de saúde do município de desenvolvimento da pesquisa, em que a enfermeira

realiza preponderantemente a consulta de vinculação da gestante ao pré-natal, as nove competências do ICM foram consideradas parcialmente, alinhadas a essa especificidade.

A competência 2.a “Fornecer cuidados pré-concepcionais” foi desconsiderada, uma vez que as consultas observadas correspondem ao momento pós-concepção. Da mesma forma, a competência 2.d “Monitorar a progressão da gravidez” não foi incluída, visto que as consultas observadas e rotineiramente realizadas pelas enfermeiras do município correspondem à primeira consulta de pré-natal, ou seja, a consulta de vinculação.

As atitudes observadas durante a prática das enfermeiras na consulta de pré-natal, que se relacionam com as competências do ICM, estão apresentadas em forma de ações no Quadro 12.

QUADRO 12 – COMPETÊNCIAS REFERENTES AO CUIDADO PRÉ-NATAL.

(continua)

COMPETÊNCIA (ICM)	HABILIDADES E ATITUDES OBSERVADAS ¹³
2.b Determinar o estado de saúde da mulher	Confirma a gravidez e estima a idade gestacional mediante apresentação de exame laboratorial ou teste rápido, histórico da gestante, exame físico e/ou ultrassonografia, e procede com o registro; Realiza anamnese abrangendo antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos e obstétricos; Realiza exame físico geral e obstétrico completos; Realiza testes rápidos e teste da mãezinha ¹⁴ , procedendo com o registro dos resultados e orientação à gestante quanto às situações rastreadas e aos resultados; Avalia situação vacinal e a atualiza conforme necessário; e Identifica situações de risco e implicações à saúde materna e fetal, traçando um plano de cuidado conjuntamente.
2.c Avaliar o bem-estar fetal	Realiza manobras de <i>Leopold</i> e ausculta dos batimentos cardíofetais; Mensura altura uterina; e Indaga quanto à movimentação fetal.

¹³ As colunas da tabela estão nomeadas conforme divisão apresentada pelo documento original do ICM (2019), entretanto, entende-se que para certas atitudes observadas, há habilidades inerentes, sem haver a necessidade de explicitá-las.

¹⁴ O Teste da mãezinha, corresponde ao Programa de Prevenção das Hemoglobinopatias em Gestantes no Paraná (PPHG), coordenado pela Secretaria de Estado de Saúde (SESA-PR) e em vigor desde 2012. Corresponde ao exame para pesquisa de hemoglobinopatias, como a Doença Falciforme e a Talassemia Major, por meio da eletroforese de hemoglobina, realizado preferencialmente no 1º trimestre de gestação (PARANÁ, 2014). O teste consiste na coleta de sangue no dedo da gestante, depositado em papel filtro e enviado para análise no laboratório da Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE).

QUADRO 12 – COMPETÊNCIAS REFERENTES AO CUIDADO PRÉ-NATAL.

(conclusão)

2.e Promover e apoiar comportamentos de saúde que melhorem o bem-estar	Identifica hábitos alimentares e prática de atividade física, orientando riscos da obesidade ou baixo peso durante a gestação; Orienta sobre a importância da avaliação odontológica e a propensão a problemas odontológicos durante a gestação, e o risco de Trabalho de Parto Prematuro; e Identifica situações de risco social e proceder com os encaminhamentos necessários.
2.f Fornecer orientação antecipatória relacionada à gravidez, parto, amamentação, paternidade e mudança na família;	Orienta maternidade de referência e situações de alerta para busca do serviço; Orienta uso de sutiã adequado para sustentação das mamas, benefícios do aleitamento materno para mãe e bebê ⁺⁺ ; Identifica mitos relacionados à amamentação ⁺⁺ ; Investiga, registra e orienta problemas que levaram ao desmame precoce em gestações anteriores ⁺⁺ ; e Investiga alterações familiares disfuncionais como a relação de outros filhos com a chegada de um novo membro na família.
2.g Detectar, gerenciar e encaminhar mulheres com gestações complicadas	Estratifica o risco gestacional; Registra no prontuário eletrônico e na carteira da gestante o risco gestacional; Realiza os encaminhamentos necessários para outros profissionais ou serviço de referência para alto risco; Discrimina os fatores associados à estratificação do risco; e Orienta a necessidade de seguir o pré-natal em ambos os serviços.
2.h Ajudar a mulher e sua família a planejar um local de nascimento apropriado	Procede com a vinculação à maternidade de referência conforme estratificação do risco gestacional; Orienta endereço e telefones da maternidade de referência; e Orienta sobre visita à maternidade e cursos preparatórios para o parto.
2.i Prestar cuidados às mulheres com gravidez indesejada ou mal-intencionada	Indaga sobre planejamento da gravidez; Questiona sobre aceitação da gestação se não foi planejada; e Orienta sobre planejamento familiar ⁺ .

FONTE: A autora (2021), adaptado de ICM (2019).

LEGENDA: ⁺Identificado apenas na Observação I;⁺⁺Identificado apenas na Observação II

Tendo como referência a análise das Notas nos Diários de Campo e do *Checklist* estruturado com base em roteiro de consulta pré-natal, no Quadro 13 foram compilados os aspectos que se refletiram em mudança da prática profissional das enfermeiras durante as consultas acompanhadas durante a Observação II, em comparação à Observação I, com destaque para o aumento da frequência de práticas como apresentação pessoal durante as consultas, redução das interrupções, maior completude do registro e realização do exame físico.

Salienta-se que nove enfermeiras, entre as 12 reobservadas no Momento III da pesquisa, haviam participado da Observação I, e que 10 participaram integralmente das Oficinas Reflexivas.

QUADRO 13 – ASPECTOS AVALIADOS COM ACRÉSCIMO NA FRÊQUENCIA DE REALIZAÇÃO DURANTE AS CONSULTAS DA OBSERVAÇÃO II.

(continua)

ASPECTO	AVALIAÇÃO
Interrupções	Observou-se redução no número de consultas com interrupções, bem como na quantidade de interrupções em uma mesma consulta, mas, principalmente, identificou-se diferença nos motivos das interrupções, que inicialmente versavam sobre pedir caneta, chamar ambulância, avisar sobre manutenção, solicitar abertura de vaga em agenda médica, pedir informação sobre outros funcionários, buscar equipamentos, entre outros. Já na Observação II, foram majoritariamente solicitações para abertura de vaga em agenda médica pelo fato de a profissional observada ser a única enfermeira no serviço naquele momento. Em outras situações, houve abertura da porta, mas vendo que a enfermeira estava em consulta, o funcionário se retirou.
Apresentação pessoal	Na Observação II, identificou-se aumento de consultas em que a enfermeira se apresentou à gestante, além disso, observou-se que houve maior explicação quanto à condução do pré-natal, importância da adesão pela gestante e quanto aos procedimentos realizados.
Pré-natal do parceiro	Foram observados redução de orientações e estímulo à adesão ao pré-natal do parceiro, sendo que na Observação I, a maioria das gestantes estava com acompanhante durante a consulta, mas que não foi incluído na consulta. Enquanto que na Observação II, as gestantes estavam desacompanhadas.
Auxílio na consulta	Durante a Observação I, algumas enfermeiras contaram com apoio de outra enfermeira do serviço na condução da consulta de pré-natal, seja com o registro das informações na carteira da gestante, realização dos testes rápidos ou exame físico.
Identificação e Aspectos socioeconômicos	Houve incremento de questionamentos referentes à cor, escolaridade, estado civil e renda ou recebimento de auxílio governamental.
Antecedentes Pessoais	Observou-se seguimento dos questionamentos conforme lista apresentada na carteira da gestante, sendo que na Observação II foi unânime a abordagem. Com incremento nos aspectos referentes a uso de medicamento de rotina e alergia, vícios e estado vacinal seguiram amplamente abordados.
Antecedentes Familiares	Observou-se melhora na abordagem desse aspecto, com questionamento de todas as condições contempladas na carteira da gestante, incluindo agravos como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial que não constam na lista.
Antecedentes ginecológicos	Elevou-se a abordagem quanto ao uso de método contraceptivo e realização de exame citopatológico, bem como foram incluídos questionamentos sobre menarca e ciclo menstrual.
Antecedentes Obstétricos	Manteve-se com ampla abordagem pelas enfermeiras.

QUADRO 13 – ASPECTOS AVALIADOS COM ACRÉSCIMO NA FRÉQUENCIA DE REALIZAÇÃO DURANTE AS CONSULTAS DA OBSERVAÇÃO II.

(conclusão)

Gestação atual	Manteve-se o registro de aspectos como Idade Gestacional e Data Provável do Parto, entretanto, elevou-se a quantidade de consultas observadas em que a enfermeira informou à gestante sobre essas informações. Observou-se elevação do questionamento quanto ao planejamento da gestação e, principalmente, quanto à sua aceitação, uma vez que a maioria informou não ter planejado a gravidez. Aspectos referentes a hábitos alimentares e eliminações também foram mais questionados pelas enfermeiras na Observação II, bem como a estratificação do risco gestacional com registro em prontuário e informação à gestante.
Exame físico	Observou-se elevação na realização parcial de exame físico geral e quanto ao exame físico obstétrico, também se identificou elevação da prática entre as enfermeiras na Observação II.
Procedimentos da vinculação	Houve manutenção da realização e orientação à gestante quanto aos testes rápidos e teste da mãezinha, solicitação de exames da primeira rotina, prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico (identificou-se elevação na orientação de uso dos suplementos).
Orientações	Observou-se aumento nas orientações sobre aleitamento materno, visita à maternidade e grupo de gestantes, mas principalmente identificou-se maior segurança durante as orientações. Manteve-se elevada a orientação sobre sinais de alerta durante a gravidez.
Encaminhamentos	Manteve-se o encaminhamento para avaliação odontológica, com o deslocamento da enfermeira até o consultório odontológico e com a entrega da carteira da gestante e agendamento da consulta subsequente com profissional médico.

FONTE: A autora (2021).

Destaca-se que, além do incremento na realização de ações atinentes à consulta de vinculação ao pré-natal, observou-se mudança na postura profissional ao realizá-la, como no caso de se apresentar à gestante no início da consulta com uma fala que a posicionava como membro da equipe de saúde responsável por aquele cuidado, apropriando-se da consulta a ser realizada. Da mesma forma, quanto às interrupções, observou-se entre a maioria das enfermeiras atitude de fechar a porta ao iniciar a consulta ou após a primeira interpelação. As motivações dos colegas de equipe apresentaram-se majoritariamente relacionadas à necessidade de abertura de vaga de consulta médica e no serviço constava apenas aquela enfermeira. Nesse sentido, em comparação com as motivações nos dois momentos de observação, na reobservação da prática foram denotados pretextos de maior relevância.

Nos aspectos relacionados à anamnese e ao registro das informações, observou-se maior apropriação pelas enfermeiras de instrumentos como a carteira da gestante, bem como o apoio de roteiro de consulta pré-natal desenvolvido por uma das enfermeiras durante a participação nas oficinas e repassado a todas as enfermeiras do serviço com

apoio da gestão municipal. A ordem de condução da consulta apresentou-se com maior coerência, e as enfermeiras mostraram maior domínio dos processos durante a consulta, tanto para indagar à gestante como fazer o registro das informações obtidas, sendo notado que essa organização predispôs maior atenção da enfermeira à gestante e aos aspectos relativos à consulta.

A inclusão do exame físico, apesar de incipiente, foi feita pela maioria das enfermeiras, principalmente no atinente ao exame físico geral, uma vez que a maioria das gestantes estava com idade gestacional menor que 12 semanas e, nesse período, os parâmetros do exame físico obstétrico, todavia, não são observáveis.

Quanto à realização de orientações, de uma forma geral as enfermeiras apresentavam postura mais confiante e didática, tanto ao esclarecer dúvidas da gestante como para orientar procedimentos que seriam realizados durante a consulta e questões atinentes ao pré-natal. Quanto à orientação sobre o pré-natal do parceiro, observou-se que esteve ligada à sua presença durante a consulta, reduzindo na Observação II, associado à ausência de parceiros como acompanhante. Destaca-se ainda que a inclusão do acompanhante na consulta precisa ser trabalhada, uma vez que, quando ele se fazia presente, o direcionamento das orientações se mantinha somente à gestante.

As atitudes das enfermeiras na Observação II representaram uma postura de maior inteireza durante a consulta para desenvolver o cuidado pré-natal, com maior abrangência de informações quanto à gestante e seus hábitos de vida, bem-estar emocional e relações sociais, como quanto à questão de ocupação, estado civil e escolaridade, em que se observou maior responsabilização com as respostas obtidas e raciocínio clínico para relacioná-las ao planejamento dos cuidados.

6.3 O PROCESSO DE REFLEXÃO-AÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA NO CUIDADO PRÉ-NATAL

Os resultados do processo de reflexão-ação para o desenvolvimento de competência, empreendido por meio das Oficinas Reflexivas, foram concebidos em três categorias, constituídas por sete subcategorias organizadas e nomeadas a partir do

processamento realizado com apoio do *software* Iramuteq, as quais congregam seus respectivos componentes.

A Figura 3 expõe graficamente a relação entre as categorias e subcategorias estruturadas a partir da análise lexicográfica gerada pelo *software* Iramuteq, obtidas após leitura exaustiva para extrair sentido das informações.

FIGURA 3 – RELAÇÃO ENTRE AS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS DO PROCESSO DE REFLEXÃO-AÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA PARA O CUIDADO PRÉ-NATAL.



FONTE: Adaptado de Iramuteq®

LEGENDA: Categoria I - Elementos intervenientes ao cuidado de enfermagem no pré-natal;

Categoria II - Potências no cuidado de enfermagem pré-natal;

Categoria III - A enfermeira competente no cuidado de enfermagem no pré-natal

A reflexão para captar o significado global dos dados possibilitou a identificação de componentes relativos a cada subcategoria, que contribuiu para concatenar o sentido envolto em cada categoria. A apresentação detalhada desse processo pode ser acompanhada na sequência, a visualização e a compreensão de como se dispôs cada elemento para essa configuração são mostradas no Quadro 14.

QUADRO 14 – REFLEXÃO-AÇÃO DE ENFERMEIRAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA NO CUIDADO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	COMPONENTES
1. Elementos intervenientes ao cuidado de enfermagem no pré-natal	1.1 Óbices à efetivação do cuidado durante a consulta de enfermagem 1.2 Centralidade no modelo biomédico de atenção à saúde 1.3 Trabalho em equipe: componente para o cuidado com competência	1.1.1 Entraves intrínsecos à profissão 1.1.2 Limitações extrínsecas 1.2.1 Identificação do modelo e práticas que o reforçam 1.2.2 Perspectivas de superação 1.3.1 Incompreensão de papéis e trabalho em equipe 1.3.2 Organização da prática e dos processos de trabalho em equipe
2. Potências no cuidado de enfermagem pré-natal	2.1 Consciência do diferencial da profissão 2.2 O registro como parte do cuidado pré-natal	2.1.1 Elementos fortalecedores à prática profissional 2.1.2 Provação do valor profissional 2.2.1 Legitimidade do registro e potencialidade dos instrumentos 2.2.2 Adversidades ao registrar
3. A enfermeira competente no cuidado de enfermagem no pré-natal	3.1 Contribuições do processo reflexivo durante as oficinas 3.2 Cuidado de enfermagem com competência no pré-natal	3.1.1 Olhar para si e vislumbre de elevação da prática 3.1.2 Coexistência entre teoria e prática para o cuidado com competência 3.2.1 Cuidado com competência alinhado à finalidade do pré-natal 3.2.2 Cuidado com competência além do âmbito clínico

FONTE: A autora (2021).

- **Categoria 1 – Elementos intervenientes ao cuidado de enfermagem no pré-natal**

A presente categoria abrange as subcategorias “Óbices à efetivação do cuidado durante a consulta de enfermagem”, “Centralidade no modelo biomédico de atenção à saúde” e “Trabalho em equipe: componente para o cuidado com competência”, que derivam das classes I, III e V, originadas da Classificação Hierárquica Descendente

gerada pelo *software* Iramuteq, e representam o maior percentual de aproveitamento de ST, concentrando 47,1% dos ST gerados.

A categoria evidencia a identificação por parte das participantes quanto aos elementos que influenciam a efetivação do cuidado com competência durante a consulta de enfermagem, congregando impasses ao poder agir e querer agir da enfermeira, com entraves intrínsecos e extrínsecos que perpassam a necessidade de reconhecimento e valorização do cuidado, próprio da profissão, pela equipe, população assistida e por si mesma.

Esses entraves mostram-se reforçados pela falta de clareza na definição de atribuições entre os membros da equipe de saúde e organização dos processos de trabalho, dificultando o trabalho em equipe e, por consequência, o poder agir da enfermeira.

As participantes identificam possibilidades que poderiam ser implementadas em serviço para superar esses elementos intervenientes, reforçando a necessidade de apoio da gestão à sua efetivação, para que a responsabilidade ou a aspiração de aprimoramento da prática suplante o nível individual e possa ser um objetivo comum à equipe e serviço.

- Subcategoria 1.1 – Óbices à efetivação do cuidado durante a consulta de enfermagem

Com aproveitamento de 66 ST dos 486 gerados, com a representação de 13,6% dos discursos compilados durante as oficinas, os vocábulos que permearam esta subcategoria e apresentaram valores elevados de χ^2 e $p \leq 0,0001$ foram: **chamar, porta, bater, mexer, pedir, complicado, artigo, vez, perder, ali e pessoa.**

As falas caracterizam atitudes, tanto internas, ou seja, por parte das próprias enfermeiras, como externas, relacionadas à equipe e ao paciente, que correspondem a óbices à prestação de um cuidado com competência no pré-natal.

- Componente 1.1.1 Entraves intrínsecos à profissional enfermeira

Como atitudes internas que limitam o cuidado pré-natal, observam-se questões conexas à postura profissional das enfermeiras sobre como se estabelecem as relações com a gestante e com a equipe e quanto à compreensão da própria prática. No que concerne ao cuidado prestado à gestante, ocorreu a autocrítica das participantes ao uso de palavras no diminutivo para denotar um atendimento humanizado e a necessidade de compreender a gestante em sua singularidade e a falta de limites para com a equipe, que dificultando o foco durante a consulta, evidenciando o desconhecimento do que é próprio do processo de trabalho da enfermeira. A postura profissional constitui um entrave ao reconhecimento da prática profissional da enfermeira e à própria valorização do que é relevante para desenvolver o cuidado à gestante em sua integralidade. Os segmentos de discurso a seguir representam esses aspectos:

“Não estamos humanizando quando chamamos de mãezinha. [...] Temos que nos conscientizar de que ela [a usuária] não vai perder a amamentação por causa de uma mamadeira, é aquele momento, [...] é saber que a lata está ali se você precisar e que ninguém vai te culpar por isso”. (E26)

“Se não temos esse exercício de barrar, atendemos o telefone, entra um na sala pedindo para arrumar torneira, o médico entra com papel, e vamos resolvendo...” (E23)

“Fazemos o que é dos outros e não fazemos o que é nosso. [...] com tantas interrupções durante a consulta aquela atenção plena se perdeu”. (E22)

“As pessoas saberem o que o enfermeiro faz é complicado, porque é difícil até para nós definirmos”. (E01)

- Componente 1.1.2 Limitações externas ao cuidado pré-natal pela enfermeira

Outros entraves ao cuidado pré-natal realizado pela enfermeira são provenientes de atitudes por parte dos colegas de equipe, que centralizam a resolução de problemas do serviço na figura da enfermeira, desrespeitando a consulta realizada por essa profissional, bem como o usuário atendido por meio de interrupções, caracterizando uma cultura do serviço. Essa cultura expõe a fragmentação e a burocratização do processo de trabalho da enfermeira, o que dificulta a continuidade do cuidado e desvaloriza as práticas atinentes à profissão.

“Estava realizando um pré-natal difícil, a paciente gostaria de doar a criança, [...] bateram na porta para avisar que a torneira estava pingando. A pessoa sabe quando a torneira está pingando e o que ela tem que fazer, não precisa ir lá passar para a enfermeira, o administrativo pode resolver [...]”. (E13)

“Muitas vezes, o tempo da consulta é relativo, [...] se está ali registrando e é interrompido, quando volta já perdeu aquela sequência da consulta”. (E14)

“Quando precisam de atestado durante a consulta de pré-natal e eu não consigo pedir para o médico, peço para a dentista”. (E26)

“A farmacêutica foi bater na minha porta para questionar das prescrições [...], parece que os colegas não querem que o enfermeiro faça sua própria prática”. (E27)

- Subcategoria 1.2 – Centralidade do modelo biomédico de atenção à saúde

O aproveitamento de 76 ST, representou 15,64% dos discursos, que tiveram como palavras de destaque: **centrar, gravidez, médico, avançado, palavra, náusea, avaliar, mês, ainda, correta, medicação, cultura, pronto, perguntar e assim**. Os discursos englobam aspectos relativos ao modelo biomédico de atenção à saúde, hegemônico nos serviços de saúde, destacando o processo reflexivo concernente a aspectos de identificação do atual modelo, práticas que o perpetuam e possibilidades para superá-lo.

- Componente 1.2.1 Identificação do modelo hegemônico e práticas que o reforçam

As enfermeiras expressam em suas falas a identificação do modelo de atenção à saúde, que centra as práticas no profissional médico e ações de medicalização da saúde, e como isso está presente culturalmente entre os usuários e a equipe de saúde, exemplificado pelos discursos a seguir.

“A cultura é muito centrada no médico [...]”. (E13)

“Mesmo o enfermeiro falando que está tudo normal nos exames, que só precisa voltar em seis meses, ainda insistem em passar pelo médico [...]”. (E27)

“O maior problema é que elas [gestantes] querem medicação, muitas vezes eu tento tratar náusea e vômito com cuidado, [...] porque ela pode até tomar medicação, mas se continuar de estômago vazio vai continuar vomitando [...]”. (E01)

“O modelo médico centrado é uma cultura, entre os usuários e para nós também, temos dificuldade [...]”. (E26)

Os excertos a seguir mostram práticas que reforçam e perpetuam a manutenção do modelo biomédico, com falas reproduzidas pela própria equipe de saúde ao informar ao usuário do serviço a ausência de consulta médica ou fazer referência à consulta de enfermagem como uma conversa, desvalorizando e descaracterizando o atendimento como profissional. A maneira como se organiza o processo de trabalho nos serviços reforça o modelo hegemônico, em que há predominância de atendimento pré-natal somente quanto à vinculação da gestante ao programa de acompanhamento, concentrando uma abundância de orientações e procedimentos em uma única consulta. Da mesma forma, identificam-se dificuldade de continuidade do cuidado e uma atenção em sua integralidade durante o atendimento da gestante, ao esbarrar na necessidade de interlocução pelo médico para fornecer um atestado.

“A palavra ‘não tem consulta médica’ já pesa, estamos alimentando o modelo centrado no médico”. (E13)

“Quando a equipe diz que vai passar o usuário para ‘conversar com o enfermeiro’, por mais que utilizemos o sistema para registro e tal, o usuário entende que está ‘falando’ com a enfermeira”. (E12)

“O enfermeiro não tem pernas para intercalar a consulta com a consulta médica, são nove meses em uma consulta”. (E17)

“Já devíamos ter liberado o atestado, [...] que pudesse ser escrito só atestado, porque fazemos a declaração, daí perde tudo o que você fez. Bom é se tivéssemos essa autonomia”. (E26)

- Componente 1.2.2 – Perspectivas de superação do modelo hegemônico

Contudo, as enfermeiras sinalizam possibilidades de desvigorar e sobrepor as práticas médico centradas hegemonicamente consolidadas por meio de atividades que promovam a valorização do fazer próprio da enfermagem e a postura profissional que demonstre a competência e a credibilidade da enfermeira no cuidado prestado, com

amparo em ações de divulgação para ampliação do conhecimento da equipe e população sobre o papel da enfermeira.

“Nós focamos mais nessa parte do cuidado, antes de prescrever o medicamento orientamos e elas gostam disso, até por isso estão querendo consultar mais conosco”. (E25)

“No final da consulta a gestante comenta que falei tanta coisa que o médico nunca havia dito e pergunta se a consulta não pode ser só com a enfermeira”. (E27)

“É preciso ter uma postura diferenciada, é importante divulgar principalmente para os médicos qual o trabalho da enfermagem”. (E15)

- Subcategoria 1.3 – Trabalho em equipe: componente para o cuidado com competência

A representatividade dos discursos foi de 17, 9%, com aproveitamento de 87 ST, destacando-se os vocábulos **equipe, coordenador, resolver, reunião, organizar, próprio, deixar, hora, recepção, atribuição, ajudar, conseguir e acolhimento**. O trabalho em equipe é apontado como entrave para o cuidado pré-natal com competência pela enfermeira, a desorganização do processo de trabalho e falta de clareza das atribuições dos membros da equipe são geradores de ansiedade, sendo importante a organização das práticas para impactar na qualidade do cuidado.

- Componente 1.3.1 – Incompreensão de papéis e trabalho em equipe

Os discursos abaixo exemplificam a incompreensão de trabalho em equipe e a atribuição dos papéis de cada profissional no processo, acabando por centrar a resolutividade dos problemas na figura da enfermeira coordenadora. Há incompreensão, inclusive, enquanto à prática do acolhimento entre os profissionais da equipe.

“A resolutividade da equipe é colocada na enfermeira como coordenadora, querem resolver as coisas, mas é tudo em cima do coordenador. Na verdade, não querem resolver, querem que alguém resolva [...]”. (E21)

“Não tem aquele senso de equipe enquanto não tem o benefício próprio, só tenho que tirar o paciente da minha frente, para isso vou atrás do coordenador para resolver”. (E14)

“A equipe não entende que se tenho agenda não posso ter acolhimento¹⁵ ao mesmo tempo. [...] Os médicos e a equipe ainda confundem acolhimento com a consulta do enfermeiro, [...] o usuário também confunde”. (E26)

Com isso, destaca a ansiedade generalizada de equipe, usuário e enfermeira na resolução de situações do cotidiano da prática, por vezes, essa aflição desvirtua o fazer próprio da enfermeira para assumir funções que não são específicas de sua prática, no intuito de contribuir no processo de trabalho. As próprias participantes apontam essa situação como característica da enfermeira, mas identificam que desprofissionaliza sua prática e repercute na qualidade do cuidado prestado.

“Devido à demanda, às vezes vamos ajudando em função que não é nossa especificamente, fazendo balcão, recepção, entregando guia, porque tem hora que não tem jeito”. (E12)

“É uma coisa que nós temos como enfermeiras, de atender no corredor, de as pessoas nos pegarem e querer resolver, e isso é terrível porque desprofissionaliza o que nós fazemos”. (E23)

“Me sentia culpada de ficar uma hora na sala, porque a impressão que eu estava passando para os outros é que não estava fazendo nada. Então, não presta uma assistência de qualidade por ter a consciência pesada por não estar lá fora ajudando na recepção”. (E24)

- Componente 1.3.2 – Organização da prática e dos processos de trabalho em equipe

Para alcançar um pré-natal com competência, as enfermeiras enfatizam a necessidade de organização da própria prática e dos processos de trabalho dentro do serviço de saúde, para que atuem em sinergia numa relação colaborativa e de troca. Como possibilidade de organização do processo de trabalho, ressaltam as reuniões de equipe a serem utilizadas como espaço para discussão de questões internas ao próprio serviço, valorização do saber dos próprios profissionais do serviço e divulgação do trabalho da enfermeira.

¹⁵ Acolhimento aqui referido corresponde à prática de acolhimento à demanda espontânea, conforme apresentado na página 73 desta pesquisa.

“Nós temos respaldo para atender o pré-natal, o problema é se organizar, não é uma questão de ter tempo, o problema é se organizar para atender [...]”. (E26)

“É uma relação de troca com a equipe, de um colaborar com o outro”. (E17)

“Temos que usar algum momento da reunião de equipe para organizar melhor o processo de trabalho, [...] porque se não você fica fazendo as coisas tudo na hora em que está acontecendo, não fica planejado para algumas coisas”. (E12)

“A tevê é uma possibilidade a curto prazo para divulgar o trabalho da enfermeira, podemos colocar algumas orientações no painel, colocar consulta de enfermagem, o que, passar na reunião de equipe, mas uma coisa é informar a equipe, e outra é informar a população”. (E23)

- **Categoria 2 – Potências no cuidado de enfermagem pré-natal**

Esta categoria engloba as subcategorias “Consciência do diferencial da profissão” e “O registro como parte do cuidado pré-natal”, provenientes das classes II e IV, com 24% de aproveitamento dos ST gerados. Contempla aspectos com capacidade para impulsionar o cuidado com competência no pré-natal por meio do fortalecimento profissional, como a reiteração e consciência das próprias enfermeiras quanto ao diferencial da prática realizada e a identificação da importância do registro das ações para legitimar o cuidado prestado.

Esses elementos perpassam o querer agir da enfermeira, uma vez que a tenacidade na autoconfiança da prática desenvolvida e o reconhecimento social fortalecem um cuidado com competência. Da mesma forma, atitudes que desvalorizem o saber da profissão e a constante necessidade de provação do valor profissional levam à desmotivação no desenvolvimento da prática diária.

As enfermeiras destacam a relevância do registro das ações como forma de legitimação e visibilidade do cuidado prestado, incidindo sobre a valorização do próprio trabalho. Contudo, identificam adversidades no saber-fazer quanto à apropriação de instrumentos de registro atinentes à consulta de enfermagem.

- Subcategoria 2.1 – Consciência do diferencial da profissão

A seguinte subcategoria traz aspectos representativos da percepção das próprias enfermeiras quanto ao diferencial da profissão em relação ao cuidado com competência, contudo, expressam a necessidade de provar sua relevância constantemente, identificando a postura profissional e o apoio da gestão como fortalecedores e para maior visibilidade da profissão. Representou 12,35% dos discursos, com aproveitamento de 60 ST, e os vocábulos representativos foram **enfermeiro, mostrar, porque, diferencial, profissão, tão, seguro, achar e diferença**.

- Componente 2.1.1 – Elementos fortalecedores da prática profissional

As enfermeiras compreendem que há um diferencial na consulta que realizam, expresso pela busca por essa profissional no serviço, seja por um cuidado com acolhimento, vínculo formado e segurança à gestante, ou pela identificação por parte dos usuários na resolução de problemas, o que acaba por se refletir na centralidade dessa profissional e na busca pela população para esse fim, pela característica formativa da enfermeira, que tem esse olhar integral sobre o usuário.

“Vai ver a altura uterina, a ausculta, faz parte ver isso, mas não é isso que vai fazer a diferença para ela, [...] é o acolhimento, que vai deixar ela muito mais segura, [...] orientação, porque ela entende o que está sentindo”. (E07)

“No pré-natal o interessante é esse diferencial, as gestantes têm essa confiança em nós [...]”. (E08)

“A consulta de enfermagem tem um diferencial, [...], você cria um vínculo tão grande que elas chegam procurando a enfermeira [...]. [Os usuários] começam a te conhecer não como a enfermeira, mas como alguém que consegue fazer um pouco a mais do que aquela outra profissional do balcão [...]”. (E12)

“É uma coisa de formação. É por isso que qualquer ação tem o enfermeiro, falta o médico, falta auxiliar, mas o enfermeiro não pode faltar, porque ele tem esse olhar”. (E13)

Como possibilidade de consolidar sua importância no cuidado à saúde, as enfermeiras identificam que é preciso começar por si mesmas a valorizar a profissão, o trabalho que fazem. Para isso, apontam a necessidade de uma postura profissional que demonstre o profissionalismo e a credibilidade da prática desenvolvida, bem como a proximidade e visibilidade pela gestão dos serviços, a ausência de rotinas e ações

instituídas no serviço que sustentem e mantenham esse aspecto fortalecedor, depreendendo que dependa apenas da visão da enfermeira.

“Fazemos as coisas muito no automático e não nos damos conta disso, valorizar nosso agir, nosso pensar. [...] 100% vai da nossa postura profissional, como nos comportamos, nos mostramos”. (E27)

“Não víamos a gestão próxima. Quando começamos a fazer esses encontros, no dia a dia começamos a nos fortalecer, eu me sentia muito longe de todas, [...] conseguimos ter um grau de segurança”. (E25)

“Vai da visão do enfermeiro, [...] me sinto culpada por estar sentada lendo porque parece que não estou trabalhando”. (E24)

- Componente 2.1.2 – Provação do valor profissional

Apesar de terem essa percepção quanto ao diferencial da consulta de enfermagem, as enfermeiras expõem o sentimento de desvalorização da profissão pelo desconhecimento da prática realizada, nas perspectivas dos usuários, da equipe e na própria visão de si, fazendo-se necessário mostrar e provar reiteradamente sua importância e seu papel na equipe de saúde.

“A todo momento o profissional enfermeiro tem que mostrar qual é sua função, a que veio. Vejo que outras profissões que são até menos antigas são vistas de modo diferente pela população. [...] As médicas especialistas questionaram por que o enfermeiro estava fazendo consulta [pré-natal], tivemos que mostrar a lei do exercício profissional”. (E13)

“[...] dependendo do paciente, ele não tem noção do que é uma consulta de enfermagem. Temos que mostrar a nossa diferença, [...] inclusive, para a equipe multiprofissional”. (E27)

“Nós mesmas não valorizamos nosso trabalho, subestimamos e desvalorizamos, porque falamos que vamos fazer uma consulta e resolvemos ali no corredor. Você quer produzir, mas não produz da maneira correta para mostrar para a população e para os outros profissionais [...]”. (E14)

- Subcategoria 2.2 – O registro como parte do cuidado pré-natal

As palavras evidenciadas foram **colocar**, **nada**, **maternidade**, **registro**, **pegar**, **prontuário**, **levar**, **informações** e **quando** e destacam a importância do registro de enfermagem durante o cuidado pré-natal e a potencialidade dos instrumentos disponíveis

para tal, bem como apontam dificuldades das enfermeiras quanto ao preenchimento desses instrumentos. Os discursos a seguir decorreram do aproveitamento de 57 ST, com representatividade de 11, 73% das falas.

- Componente 2.2.1 – Legitimidade do registro e potencialidade dos instrumentos

As enfermeiras ressaltam a importância do registro dos cuidados realizados para dar visibilidade à própria prática e garantir o respaldo legal, identificam que é preciso melhorar o registro e a incompletude dos instrumentos, como a carteira da gestante, visto que a pendência de informações dificulta a comunicação entre a equipe de saúde.

“É preciso melhorar o registro, colocar o que você orientou, [...] descrição do que você fez com o paciente, [...] fazemos muito e não se registra tudo que se faz”. (E08)

“Tudo o que registrarem, todo mundo vai ler, você faz um resgate do seu próprio atendimento e dos outros atendimentos também [...]”. (E12)

“Somente teremos visibilidade se registramos a consulta [...]”. (E15)

“De uma forma geral, desconhecemos nossa legislação, o que podemos e não podemos fazer”. (E19)

Entre os instrumentos de registro do cuidado pré-natal de que dispõem, as enfermeiras evidenciam como potencialidade a facilidade para o acompanhamento da gestante e para concatenar as informações nos serviços de saúde que elas atendem por meio de um prontuário eletrônico implementado no município. A apropriação do uso de equipamento inerente à prática da enfermeira, como o estetoscópio, e a incorporação de roteiro auxiliar da consulta de enfermagem foram itens percebidos pelas enfermeiras como atrelados a um maior profissionalismo e como facilitadores para um registro abrangente e padronizado do cuidado. Destacam a organização dos processos de trabalho interligando os procedimentos necessários ao cuidado pré-natal junto à equipe de saúde, como favorecedor à continuidade e maior cobertura de gestantes.

“O prontuário eletrônico é uma potencialidade do pré-natal no município, porque tem os registros, se passou com tal profissional, é interligado com a maternidade

e você monitora. Eu monitoro quando encaminho, se foi feito, se não foi feito... vai demandar uma busca ativa". (E12)

"O fato de pegar um estetoscópio é uma coisa mais profissional, coisa que a parte médica, eles vão muito em um exame minucioso". (E25)

"Uso um roteiro para não esquecer de nenhuma pergunta [...] perguntamos tanta coisa, mas tem coisa que é chave, o próximo profissional que for olhar o prontuário, já vai ter acesso àquilo. Os próprios médicos já estão usando a nossa anamnese na consulta deles para não ter que retomar [...]". (E08)

"[...] a gestante já tem que sair do consultório com a próxima consulta agendada, os exames liberados, levo ela até a sala de vacina". (E23)

- **Componente 2.2.2 – Adversidades ao registrar o cuidado prestado**

Contudo, evidenciaram nos discursos dúvidas sobre a maneira correta de registrar as informações coletadas, especialmente na carteira da gestante, somando-se a isso apontam a grande quantidade de instrumentos em que há necessidade de registrar as mesmas informações, o que acaba por gerar confusão e desorganização durante a consulta de pré-natal, sobre quais informações precisam registrar e como isso deve ser feito, bem como a frustração por não dar conta de registrar todas das informações relevantes nos instrumentos.

"Atendi uma gestante que tinha uma cicatriz, levou uma facada, mas não coloquei nada na carteira da gestante. Será que eu estou fazendo certo? O que devemos preencher naquele espaço? [...] fico na dúvida como é que eu coloco, [...] deixo de lado, e quando pego a carteira da gestante e vejo que não preenchi, e continuo não preenchendo, fico frustrada". (E25)

"O sistema utiliza muita informação, temos que colocar os diagnósticos de enfermagem, nos hospitais já se trabalha com isso há muitos anos, facilitava [...]". (E04)

"Já me peguei preenchendo uma coisa importante na carteira da gestante e esquecendo de pôr prontuário eletrônico". (E12)

- **Categoria 3 – A enfermeira competente no cuidado de enfermagem no pré-natal**

Nesta categoria estão compreendidas as subcategorias “Contribuições do processo reflexivo durante as oficinas” e “Cuidado de enfermagem com competência no pré-natal”, decorrentes das classes VI e VII, conforme processamento pelo Iramuteq, com representação de 28,8% de aproveitamento dos ST gerados.

As contribuições oriundas do processo reflexivo possibilitado às enfermeiras por meio da participação nas oficinas trouxeram perspectivas para mudanças da própria prática ao viabilizar o olhar para si num sentido de autocrítica profissional e identificar possibilidades de melhorar aspectos relativos ao próprio processo de trabalho, como a postura profissional junto à equipe de saúde e aos usuários do serviço.

Compreendendo-se que para desenvolver um cuidado com competência é preciso que a enfermeira mobilize os recursos de que dispõe, no sentido de materializar em ação a competência, que será mobilizada sobre uma finalidade que tenha sentido para a profissional, destacando-se que as enfermeiras distinguem o cuidado alinhado à finalidade reconhecida para o acompanhamento pré-natal, apontando a necessidade de ultrapassar o âmbito clínico da prática.

A expressão da necessidade de aprimoramento da habilidade prática, aliada ao conhecimento teórico existente, mostra a compreensão das participantes da importância da reflexão sobre a prática profissional para identificar entraves ao cuidado com competência e a fragilidade dos processos formativos em prover condições para o desenvolvimento do saber-fazer profissional, implicando, por vezes, a dificuldade de ter a atitude de utilizar os conhecimentos de que dispõe.

- Subcategoria 3.1 – Contribuições do processo reflexivo durante as oficinas

Com representatividade de 14,61% das preleções por 71 ST, as palavras destacadas foram **oficina, prático, graduação, aprender, reflexão, capaz, diferente, capacitação, refletir, teórico, treinamento, mudar, sociedade e realmente**. Os vocábulos representam as contribuições da participação das oficinas, a fragilidade da habilidade prática e as possibilidades e potencialidades de um aprimoramento profissional constante.

- Componente 3.1.1 – Olhar para si e vislumbre de elevação da prática

Os discursos a seguir destacam o processo reflexivo sobre a prática do cuidado pré-natal possibilitado às enfermeiras, a partir das oficinas, permeado pela autocrítica do próprio processo de trabalho, que, por vezes, se dá mecanicamente, e a necessidade de romper com esse fazer automatizado. Evidenciam ainda o fortalecimento quanto à prática de cuidado prestada, com estímulo e vislumbre de modificá-la.

“Tem que reprogramar, refletir. Essa parte de reflexão foi estimulante da oficina em si, [...] agora eu procuro novidades sobre gestantes, [...], nos estimulou a estudar, a buscar”. (E04)

“[...] foi bem diferente, [...] foi muito bom de refletir mesmo. Achei muito produtivo. [...] Às vezes fazemos as coisas muito no automático, sem reflexão”. (E08)

“Para nós, as oficinas estão sendo diferentes, não estamos acostumados a refletir sobre o que realmente vale a pena irmos mais a fundo ou não, [...] estamos refletindo realmente sobre qual a função desse profissional enfermeiro dentro de todos esses ciclos de vida. [...] Nós demos um passo para estar fortalecidas aqui dentro, não só para a consulta de pré-natal. [...] A oficina, além de trazer competências para a consulta de pré-natal, trouxe esse brilho no olhar...”. (E13)

- Componente 3.1.2 – Coexistência entre teoria e prática para o cuidado com competência

As enfermeiras identificam que há conhecimento, que dispõem da parte teórica para desenvolver a prática profissional, porém sentem insegurança pela falta de habilidade, o que denominam de parte prática. Esse conhecimento teórico é proveniente da graduação, pós-graduação e capacitações, mas salientam que o enfoque sempre é na aquisição de mais teoria e a parte prática fica fragilizada.

“Aprendemos na graduação ou na pós-graduação, mas não aplicamos na prática e ficamos sem segurança por falta de habilidade”. (E09)

“Precisamos mais da parte prática, temos um roteiro do pré-natal que nos traz a parte teórica, é legal porque nos traz certa organização em relação à consulta”. (E07)

“Mesmo tendo feito especialização, a assistência ao pré-natal foi bem teórica, não tive tanto a prática, tinha um número mínimo de partos, mas pré-natal, não”. (E08)

Com isso, subentende-se que essa insegurança pela falta da habilidade prática poderia estar influenciando no desenvolvimento do cuidado com competência, uma vez que descrevem que competência corresponde a ser capaz de responder às necessidades do usuário, ser resolutivo naquilo que faz, integrando tanto aspectos teóricos como práticos. Salientam ainda que não estão acostumadas a processos reflexivos, como as oficinas realizadas, que referem ser espaços que suscitam o desenvolvimento de competência, além de capacitações e treinamentos, conforme os excertos a seguir.

“Competência é ter habilidade para desenvolver atividade, ser capaz, apto, e se desenvolve também com o fazer diário”. (E09)

“Competência é suprir as necessidades do usuário utilizando métodos teóricos e práticos de modo a resolver o problema de maior relevância, é ter resolutividade no processo”. (E23)

“Competência poderia ser desenvolvida por meio de capacitações, oficinas iguais estamos fazendo agora, do estudo teórico e prático, pois sempre temos algo a aprender”. (E08)

“Competência é diferente da habilidade, porque habilidade você adquire fazendo a prática com conhecimento e com as capacitações, mas a competência, além da habilidade, tem o poder da argumentação, o poder de você fazer aquela pessoa se sentir respeitada, para que você possa fazer seu trabalho”. (E06)

“Não estamos acostumadas a refletir, [...] estamos acostumadas a sentar e ouvir”. (E13)

- Subcategoria 3.2 – Cuidado de enfermagem com competência no pré-natal

Com representatividade de 14,2% dos discursos e 69 ST abrangeu os vocábulos **cuidado, acompanhamento, competência, gestação, saúde, condição, bebê, orientação, orientar, promover, prevenção, prevenir, realizar, finalidade, gestante, vínculo, vida, saudável, relacionamento, medida, esclarecer, conversa, clínico, mãe, conhecimento, identificar, possível, dúvida, nascer, realização, promoção, moradia, hábito, fornecer, experiência, garantir, doença, enfermagem e desenvolver.**

Os discursos depreendidos refletem aspectos considerados pelas enfermeiras como atinentes ao cuidado pré-natal com competência, perpassando os procedimentos e enfoques necessários ao acompanhamento da gestação e desenvolvimento do bebê, e a concepção de saúde e doença do profissional, que perpassa o cuidado prestado. Para melhor compreensão, serão apresentados conforme as subcategorias a seguir.

- Componente 3.2.1 - Cuidado com competência alinhado à finalidade do pré-natal

Observa-se que os discursos das atribuições de um pré-natal com competência estão alinhados à percepção das enfermeiras quanto a finalidade do pré-natal, com referência à realização de procedimentos e determinadas condutas que visam à identificação de situações que possam comprometer o desenvolvimento saudável da gestante e do bebê.

“A finalidade do pré-natal é o levantamento de problemas da gestação e acompanhamento visando à saúde e à qualidade de vida da mãe e do recém-nascido”. (E04)

“A finalidade é acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança, fazer exames, prevenir doenças”. (E15)

“Cuidado pré-natal é solicitação de exames, realização de exame físico, criação de vínculo, procurando orientar a importância do pré-natal para mãe-bebê; escutando, orientando nas dúvidas”. (E08)

“Atendimento e acompanhamento da evolução da gestação, mês a mês, das condições clínicas [...], criar vínculo com a família, a gestante e o parceiro, incentivar e orientar a participação em grupos de orientação, educação em saúde [...]”. (E02)

- Componente 3.2.2 - Cuidado com competência além do âmbito clínico

As enfermeiras identificam que o cuidado com competência durante o pré-natal perpassa aspectos clínicos, mas apontam a necessidade de extrapolar e ampliar o olhar à gestante e família, incluindo o contexto em que estão inseridos e as nuances que incluem uma concepção mais abrangente de saúde, entendendo que deve prevalecer uma postura de atenção às necessidades da gestante, com formação de vínculo, atenção

a aspectos como moradia, relacionamento, dúvidas, de modo a fazer com que a gestante se sinta segura em compartilhar seus anseios durante o cuidado pré-natal.

“O cuidado com competência no pré-natal é o acompanhamento precoce da gestante, prestando atendimento clínico, psicológico, até mesmo social [...]”. (E05)

“Realizar o cuidado à gestante e bebê integralmente, não voltado exclusivamente a condicionalidades clínicas”. (E09)

“Às vezes, a gestante não tem uma condição clínica que interfere na saúde, mas ela vem porque tem problema de relacionamento, econômico, [...] se olhar o conceito amplo de saúde, tudo interfere”. (E12)

Os aspectos envolvidos na conformação das categorias, subcategorias e componentes do processo reflexivo das enfermeiras estão materializados na Figura 4, que representa as inter-relações que permeiam a promoção de reflexão-ação com enfermeiras para o desenvolvimento do cuidado pré-natal com competência.

As categorias representadas pelas três esferas que se sobrepõem simbolizam a inter-relação entre os “Elementos intervenientes ao cuidado de enfermagem no pré-natal” e “Potências no cuidado de enfermagem pré-natal”, necessários de serem refletidos pelas enfermeiras para consciência dos aspectos de que é preciso intervir para sobrepor uma prática ou que fomentam o fortalecimento profissional para alcançar o cuidado que almejam, representado pela esfera central “A enfermeira competente no cuidado de enfermagem no pré-natal”.

As linhas tracejadas que delimitam as esferas denotam a permeabilidade e a influência das categorias e seus elementos entre si, e os símbolos de positivo e negativo localizados internamente a cada esfera representam aspectos fragilizadores e fortalecedores da prática atinentes a cada componente das subcategorias.

O triângulo representa o agir requerido na mobilização de recursos, que resulta em um cuidado com competência, e vincula-se ao saber agir, que provém do indivíduo, e ao querer e poder agir, que são diretamente influenciados pelo contexto. A espiral que envolve os elementos representa a contiguidade do processo de reflexão-ação, possibilitada pelo método da pesquisa-ação, que, ao estimular a reflexão dos

participantes sobre e para a prática, fomenta novas reflexões e, assim, perpetua o aprimoramento do cuidado.

Por fim, a linha tracejada que envolve toda a figura representa a circularidade e essa contiguidade promovida pelo movimento de refletir sobre a própria prática e avançar na maneira de realizar a consulta de enfermagem no pré-natal. Tem-se o processo de reflexão-ação, viabilizado mediante as Oficinas Reflexivas com as enfermeiras, como um facilitador para o reconhecimento da própria prática e dos elementos que interferem ou potencializam o próprio processo de trabalho, contribuindo assim, para o aprimoramento da consulta de enfermagem no pré-natal e o alcance de um cuidado competente para atender a gestante em sua integralidade.

FIGURA 4 – DIAGRAMA DAS INTER-RELAÇÕES ENTRE OS ASPECTOS ENVOLVIDOS NA PROMOÇÃO DA REFLEXÃO-AÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA DE ENFERMEIRAS NO PRÉ-NATAL.



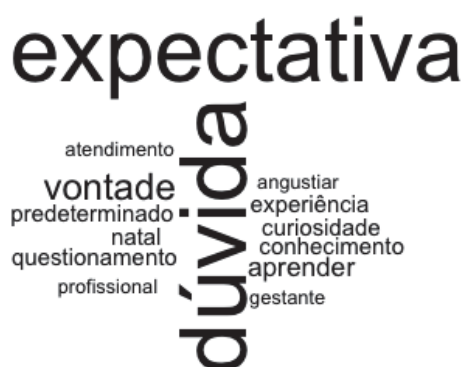
FONTE: A autora (2021).

6.3.1 Avaliação das enfermeiras quanto ao processo de Oficinas Reflexivas

Neste item são apresentados os resultados referentes à avaliação das enfermeiras sobre o processo vivenciado durante as Oficinas Reflexivas. Com base nas palavras descritas por cada enfermeira ao final de cada oficina com a dinâmica “Trago, Deixo e Levo”, utilizou-se a análise textual do *software* Iramuteq em formato de Nuvens de Palavras para apresentar os aportes das participantes a cada oficina.

Na Figura 5 observa-se que as enfermeiras **trouxeram** às oficinas principalmente expectativas e dúvidas em relação à própria prática profissional no cuidado à gestante e expectativas referentes às oficinas, tanto no formato a serem desenvolvidas, como também referentes às contribuições que poderiam obter para a prática do cuidado pré-natal.

FIGURA 5 – NUVEM DE PALAVRAS – TROUXE ÀS OFICINAS.



FONTE: A autora (2021).

Ao mesmo que tempo que referiram expectativas e dúvidas, também apontaram a vontade de adquirir novos conhecimentos e troca de experiência profissional, conforme os excertos:

“Expectativa de aprimorar conhecimento específico à atenção pré-natal”. (E07)

“Questionamentos, entraves do dia a dia e expectativas sobre a oficina”. (E27)

As enfermeiras expressaram **deixar** a cada oficina a experiência, dúvidas e insegurança. Compartilhar a própria experiência profissional como uma contribuição às oficinas e também quanto às dúvidas que puderam ser sanadas durante o processo de reflexão nas oficinas possivelmente influenciou para deixar inseguranças que sondavam a prática profissional (FIGURA 6).

FIGURA 6 – NUVEM DE PALAVRAS – DEIXO NAS E COM AS OFICINAS.



FONTE: A autora (2021).

Por meio do compartilhamento de experiências e reflexões decorrentes do processo reflexivo das oficinas, palavras referidas pelas enfermeiras no item “Trouxe” são observadas entre os aspectos que elas deixam após passar pelas oficinas, como angústia e dúvida, evidenciando a efetividade do processo, contribuindo para deixarem perspectivas de inseguranças e desmotivação frente à própria prática profissional. Alguns exemplos são apresentados nas falas a seguir:

“Deixo inseguranças, as angústias trazidas no início da oficina e o agradecimento pela oportunidade de sair um pouco da atenção básica para refletir nosso, muitas vezes desgastante, processo de trabalho”. (E01)

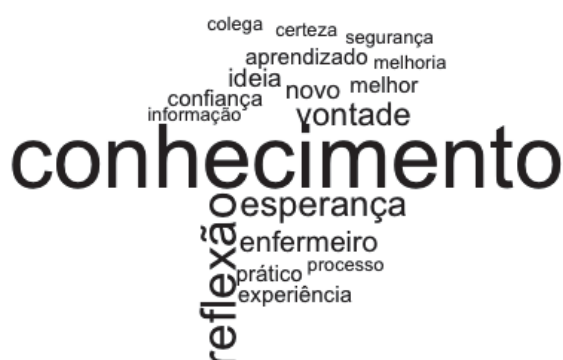
“Ideias fixas quanto a fazer sempre tudo da forma como já fazia, deixo de pensar sempre da mesma forma”. (E17)

“Angústias, foi bom compartilhar as experiências e dificuldades com as colegas”. (E20)

“Insegurança e angústias relacionadas a ser enfermeiro”. (E28)

Quanto ao que **levaram** das oficinas, na Figura 7, são evidenciadas as principais contribuições atinentes ao processo reflexivo durante as oficinas, expressas pelas palavras conhecimento, reflexão, esperança e vontade.

FIGURA 7 – NUVEM DE PALAVRAS – LEVO DAS OFICINAS



FONTE: A autora (2021).

O conhecimento pode ser relacionado tanto à contribuição teórica e à discussão sobre os temas geradores elencados pelas enfermeiras na primeira oficina bem como à reflexão oriunda do processo vivenciado, que trouxe esperança para desenvolver um cuidado com maior competência e para a valorização da profissão. Em associação às palavras confiança, novo e ideia remetem à movimentação para ação decorrente do processo reflexivo, conforme as declarações a seguir:

“Conhecimento, maior segurança e sugestões para implementar junto a equipe da unidade de saúde”. (E17)

“Reflexão para planejamentos futuros de organização, esperança, comprometimento de fazer melhor o trabalho”. (E07)

“Conhecimento, que é preciso focar sempre numa visão total do papel do enfermeiro. Empoderamento com qualidade técnico-científica”. (E19)

“Esperança de uma enfermagem melhor, aprendizado, confiança, gratidão”. (E21)

6.3.2 Contribuições das enfermeiras para a prática profissional após as Oficinas Reflexivas

Durante as Oficinas Reflexivas as enfermeiras destacaram ações que poderiam ser implementadas na prática profissional para um cuidado pré-natal com competência, abrangendo apontamentos de âmbito individual, quanto à equipe de saúde, que implicassem participação da gestão de saúde. Confirmando essas indicações, no terceiro momento da pesquisa, correspondente à Observação II da prática de cuidado pré-natal realizada pelas enfermeiras, as participantes relataram transformações incorporadas ao próprio processo de trabalho e da equipe de saúde, com a reorganização de procedimentos e implementação de instrumentos, bem como expressaram mais recomendações à prática.

Essas ações incorporadas e recomendadas pelas enfermeiras estão apresentadas no Quadro 15.

QUADRO 15 – AÇÕES INCORPORADAS E RECOMENDAÇÕES DAS ENFERMEIRAS APÓS OFICINAS REFLEXIVAS.

(continua)

AÇÕES INCORPORADAS NOS SERVIÇOS APÓS PROCESSO DE OFICINAS REFLEXIVAS
<ul style="list-style-type: none"> • Busca de informações e leitura de materiais sobre o cuidado à gestante • Indagação e explicação à gestante sobre o motivo de realização do pré-natal • Elaboração de informativo referente à consulta de vinculação entregue à gestante no agendamento da consulta • Incorporação na rotina dos serviços da alternância das consultas de acompanhamento pré-natal entre profissionais médicos e enfermeiras • Descentralização dos testes rápidos realizados na consulta de vinculação, que passaram a ser realizados por técnica de enfermagem treinada • Implementação de roteiro norteador da anamnese e registro em prontuário eletrônico (Anexo III)
RECOMENDAÇÕES PARA APRIMORAR O CUIDADO PRÉ-NATAL
<ul style="list-style-type: none"> • Praticar a atenção plena como forma de melhorar o cuidado prestado e a ansiedade profissional e exercitar a autocrítica quanto à prática desenvolvida • Assumir uma postura profissional de defesa da profissão e desenvolvê-la com comprometimento • Entregar a carteira da gestante no momento do agendamento da consulta de vinculação como estratégia para agilizar o preenchimento de informações referentes à identificação e dados socioeconômicos bem como com o intuito de fomentar a apropriação, participação e protagonismo da gestante. • Combinar com a equipe de saúde sobre as situações que permitiriam a interrupção da consulta de enfermagem • Reformular as reuniões de equipe para abranger discussões atinentes ao processo de trabalho no próprio serviço, educação permanente, conforme as demandas do serviço

QUADRO 15 – AÇÕES INCORPORADAS E RECOMENDAÇÕES DAS ENFERMEIRAS APÓS OFICINAS REFLEXIVAS.

(conclusão)

- Verificar a viabilidade de organização do processo de trabalho de maneira a dispor de um profissional como apoio à consulta de vinculação, no sentido de agilizar o processo pós-consulta, com o agendamento de retorno, encaminhamento à avaliação odontológica, farmácia e sala de vacinas
- Proporcionar a realização de “estágios” semanais pelas enfermeiras das unidades de saúde na maternidade do município para resgatar habilidades de procedimentos atinentes ao acompanhamento pré-natal em idade gestacional avançada, como forma de atualização profissional, favorecer as redes de atenção pelo maior contato dos serviços de referência e contrarreferência, além de fortalecer as enfermeiras quanto a uma maior segurança durante o cuidado prestado à gestante
- Utilizar aparelhos televisivos disponíveis nas salas de espera das unidades para informar a população sobre o papel da enfermeira e consulta de enfermagem
- Fomentar a visibilidade do trabalho da enfermeira mediante apoio da gestão com divulgação de ações ou conquistas da profissão no site da SMS
- Elaborar projeto de lei municipal que permitiria o aceite, nos estabelecimentos do município, de atestado feito pela enfermeira

FONTE: A autora (2021).

Destaca-se que ações já incorporadas à prática se refletiram em melhoramento de aspectos do cuidado pré-natal feito durante a consulta de enfermagem, conforme apresentado no Quadro 13.

As recomendações compiladas das falas expressas durante as Oficinas Reflexivas e durante a Observação II podem contribuir para o desenvolvimento de competência para o cuidado pré-natal, abrangendo sugestões de cunho individual, que podem ser adotadas/modificadas na prática cotidiana por meio da transformação da própria postura da enfermeira, bem como ações que requerem envolvimento de outros profissionais da equipe de saúde para se efetivarem ou que envolvam o âmbito da gestão para serem alcançadas.

7 DISCUSSÃO COM OS AUTORES

O presente capítulo apresenta a discussão dos resultados com a literatura atual e o referencial teórico de competência que ancora esta pesquisa. São abordados os aspectos que emergiram do processo de reflexão acerca da prática realizada pelas enfermeiras quanto ao cuidado pré-natal com competência, destacando-se elementos intervenientes e potenciais à efetivação desse cuidado e como o processo reflexivo promoveu transformações e incorporação de ações na prática cotidiana de cuidado das enfermeiras, bem como suscitou recomendações pelas enfermeiras para o aprimoramento da prática para o cuidado competente, efetivando a proposta de reflexão-ação para o desenvolvimento da competência.

O perfil das enfermeiras que integraram esta pesquisa se assemelha a outros estudos, com predominância de profissionais do sexo feminino (LIMA et al., 2016; COFEN, 2015), com formação complementar à graduação, majoritariamente com especializações (LIMA et al., 2016). A média de idade das participantes desta pesquisa (46,4 anos) foi superior à encontrada em outro estudo com profissionais da APS (41,2 anos) (LIMA et al., 2016), podendo indicar um tempo maior de atuação na profissão.

O principal atributo pessoal referido pelas enfermeiras para se caracterizar foi a ansiedade, que coaduna com estudos internacionais que avaliaram os níveis de depressão, estresse e ansiedade de enfermeiras, destacando a prevalência de ansiedade entre essas profissionais (SAQUIB et al., 2019; MAHARAJ; LESS; LAL, 2019). Pai e colaboradores (2017) identificaram a ansiedade como efeito negativo à competência de enfermagem, em contrapartida, a autorreflexão apresenta aspecto fortalecedor. Nesse sentido, reconhecer aspectos emocionais dos profissionais é relevante para o desenvolvimento de um cuidado com competência, pois, segundo Le Boterf (2003), as emoções influenciam o raciocínio, que, por sua vez, impactam no processo de mobilização de recursos para uma ação em resposta à situação.

A natureza da profissão, na vanguarda do atendimento ao paciente, associada a uma elevada carga de trabalho, expõe as enfermeiras a um risco maior de desenvolver estados mentais negativos (SAQUIB et al., 2019; MAHARAJ; LESS; LAL, 2019), que contribuem para o surgimento da ansiedade (MOURA et al., 2018), bem como pode

prejudicar o desempenho profissional, como a capacidade de focar e processar informações e, por sua vez, a efetividade do cuidado prestado ao paciente (SAQUIB et al., 2019; MAHARAJ; LESS; LAL, 2019).

Por mais que possam existir fatores que não são totalmente evitáveis associados à ansiedade das enfermeiras, Moura e colaboradores (2018) destacam a importância de repensar as condições de trabalho e o desenvolvimento de estratégias para prevenção, diagnóstico e tratamento aos profissionais voltadas a uma melhor saúde mental, pois uma força de trabalho saudável está relacionada ao bem-estar pessoal e ao cuidado de maneira competente e profissional (SAQUIB et al., 2019; MAHARAJ; LESS; LAL, 2019).

Leonelli e colaboradores (2017) identificaram como predisponentes a maiores níveis de estresse entre profissionais da ESF: ser do gênero feminino, ter mais de uma jornada de trabalho, atuar por mais de um ano na mesma equipe e integrar uma equipe incompleta. O que lança o olhar para a enfermagem na condição de profissão predominantemente feminina, e como evidenciado neste estudo por meio da dinâmica *Slash*, cada profissional desenvolve outras atividades em paralelo, como ser mãe, esposa e, por vezes, cuidar de outros dependentes, assumindo duplas ou triplas jornadas.

Nesse sentido, há que considerar ainda as relações de gênero que permeiam o cuidado e a profissão e colaboram com a invisibilidade da enfermagem (BAGGIO; ERDMANN, 2010), confirmando as relações de poder entre as diferentes categorias na equipe de saúde (MIGOTTO et al., 2019). Entretanto, pelo fato de a perspectiva de gênero não ser o enfoque desta pesquisa, sua discussão não se dará de maneira aprofundada.

O cuidado carrega um construto social, cujas situações bem como os recursos necessários a serem mobilizados para responder a elas têm uma dimensão sociocultural “que fornece ao profissional a ‘caixa de ferramentas simbólicas’ com a qual ele executará os processos cognitivos pertinentes ou modelará seus esquemas de comportamentos adaptativos” (LE BOTERF, 2003, p. 54). Isto acontece porque é nas interações permeadas pela complexidade das relações sociais que se processa a visibilidade do cuidado ao outro e da profissão (BAGGIO; ERDMANN, 2010), destacando-se a invisibilidade da profissão como circundante aos elementos intervenientes do cuidado

com competência, uma vez que incorre em insatisfação e desmotivação profissional (ÁVILA et al., 2013).

Assis e colaboradores (2018) identificaram superficialidade no conhecimento dos profissionais da ESF acerca da identidade da enfermeira, apontando seu campo de ação centrado em programas ministeriais. A equipe reconhece a imprescindibilidade dessa profissional no serviço e a associa à função de coordenação, o que se reflete em acúmulo de atividades que poderiam ser compartilhadas entre a equipe, levando a uma sobrecarga de trabalho e desvirtuação do fazer próprio da profissão e a um distanciamento do cuidado direto, confundindo seu papel como “faz tudo” do serviço, fragilizando a percepção de sua identidade (ASSIS et al., 2018; FERNANDES et al., 2018).

Na centralidade da coordenação do cuidado, a enfermeira deve assumir uma posição de liderança, visto que equipes eficazes exigem um líder claro, determinado pelas necessidades do grupo, não pela hierarquia profissional, devendo os líderes de equipe garantir que as equipes de atenção primária possibilitem um alto desempenho de todos os membros e incentivem a melhoria contínua, garantindo a segurança psicológica de cada membro da equipe (CROSSON, 2020).

Na ausência de liderança, apenas no ajuntamento de atividades, Fernandes e colaboradores (2018) evidenciam que a própria enfermeira acaba por introjetar essa centralidade de funções à sua identidade, com ilusória percepção de reconhecimento, que, contrariamente, leva a sentimentos de descontentamento, de frustração e de invisibilidade. Isso se reflete na competência para o cuidado prestado, que conta com a mobilização de recursos frente a uma representação operatória da situação, mas também conforme a representação que o profissional tem de si, sendo influenciada pela forma como esse se auto avalia e pela apreciação que tem do seu fazer (LE BOTERF, 2003).

O cuidado, na condição de um processo relacional de interação entre enfermeira e gestante, envolve atributos imperceptíveis ao espectador desse processo (VALE; PAGLIUCA, 2013). Associando-se a isso, a trajetória histórica da enfermagem, a falta de reconhecimento como uma profissão que dispõe de saberes próprios embasados na ciência, a ausência de marketing pessoal quanto ao cuidado prestado, a adoção de posturas inadequadas diante da equipe e usuários bem como a sobrecarga de trabalho

são aspectos apontados como invisibilizadores do cuidado de enfermagem (ÁVILA et al., 2013).

Estudo desenvolvido por Feringa, De Swardt e Havenga (2018) evidenciou que os enfermeiros atuam geralmente abaixo ou além de seu âmbito de prática, ou seja, dos parâmetros ou limites que distinguem a profissão. Isso prejudica a conformação de uma identidade do trabalho próprio da enfermeira que favorece o desconhecimento do que é específico da profissão, refletindo-se na falta de clareza em delimitar sua prática, incompreensão da equipe quanto às atribuições de cada membro e desvalorização por parte do usuário quanto ao cuidado prestado, conforme evidenciado pelas participantes desta pesquisa. Assim, aponta-se a necessidade de uma regulamentação precisa do escopo da prática, alinhada à dinamicidade das necessidades de saúde, considerando as influências e desenvolvimentos contextuais globais, regionais e nacionais (FERINGA; DE SWARDT; HAVENGA, 2018).

O desconhecimento dos processos de trabalho individuais e em equipe dificulta a delimitação de seus respectivos objetos de trabalho e um cuidado pré-natal com competência. “Conhecer seu próprio conhecimento já é transformá-lo” (LE BOTERF, 2003, p. 152), nesse sentido, é necessário o que as enfermeiras se apropriem dos saberes que englobam a enfermagem como profissão, que se apresentam deficitários, conforme identificado nesta pesquisa, pela insegurança legal dos limites da profissão, conforme suscitado no tema gerador da Oficina II, e pela dificuldade em descrever o que é genuíno à sua prática como enfermeira.

Há percepção por parte das enfermeiras de que o cuidado próprio da profissão é invisível para a instituição e que, ao assumir uma prática que é valorizada por ela, o cuidado para o paciente e família torna-se invisibilizado (LOPERA-ARANGO, 2018). Quanto à perspectiva de mulheres sobre o suprimento de suas necessidades durante o pré-natal realizado pela enfermeira, Cardelli e colaboradores (2016) identificaram lacunas e apontam a reestruturação do processo de trabalho nas unidades como imprescindível à satisfação do usuário, com a oferta de infraestrutura e recursos humanos capacitados. Destacam a efetiva atuação da enfermeira com potencial para mudar esse contexto, revisitando a organização da sua prática pela priorização do cuidado em saúde em

detrimento de ações gerenciais inerentes a seu processo de trabalho (CARDELLI et al., 2016).

Nesse sentido, identifica-se a sustentação do modelo biomédico de atenção à saúde que compõe um dos elementos identificados nesta pesquisa como intervenientes ao cuidado pré-natal com competência, num movimento contrário aos princípios da PNAB, que prevê a universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012), contrapondo-se ainda à essência da profissão, ao reduzir o cuidado apenas ao que pode ser mensurado, validado e documentado (TURKEL; WATSON; GIOVANNONI, 2018).

Essa falta de clareza em torno das práticas e das expectativas de cuidado contribui para a geração de conflitos no serviço de saúde em relação às demandas e condições de trabalho (MCCLENDON, 2017).

Algumas carências básicas ao desenvolvimento de competência consistem na insuficiência de trabalhadores da enfermagem e nos dispositivos abaixo do padrão, como obstáculos às competências clínicas. A escassez de profissionais tem sido um problema sério nos serviços de saúde, levando a cargas de trabalho mais pesadas, a más condições de trabalho e a um maior estresse para os enfermeiros (AFSHAR; SADEGHI-GANDOMANI; ALAVI, 2020).

Na especificidade do cuidado pré-natal realizado pela enfermeira na APS, são identificadas ações de base tecnicista, que enfocam aspectos clínicos e o cumprimento de rotinas e protocolos institucionais em detrimento da singularidade da gestante (CARDELLI et al, 2016). Ações educativas atinentes à consulta de pré-natal são pautadas em orientações verticalizadas, colocando a mulher em uma posição passiva, sem explorar conhecimentos prévios da gestante, condizentes com sua cultura e modo de viver, para proposição de cuidados que promovam sua efetiva adesão (PRICILLA et al., 2016; SILVA et al., 2019), inibindo, dessa forma, o protagonismo preconizado à gestante em um modelo humanizado de atenção (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006; 2013a).

Da mesma forma, as falas das enfermeiras desta pesquisa remetem à identificação de práticas realizadas por elas próprias, pela equipe e ansiadas pelos usuários do serviço, reforçando o âmbito clínico. Como na maneira com que se organizam

os processos de trabalho, com a realização de “nove meses de pré-natal em uma consulta”, centrada na consulta de vinculação da gestante ao pré-natal, que reforça a fragmentação do cuidado pela descontinuidade do acompanhamento gestacional, implicando diversas atividades burocráticas e técnicas, que, pela demanda de tempo, incorrem em orientações verticalizadas à gestante, desconsiderando seu conhecimento prévio e contexto.

A OMS recomenda que os cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez abranjam cuidados de saúde que devem incluir a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção das doenças (WHO, 2016b). O MS traz como objetivo da consulta de enfermagem no pré-natal, além da promoção da saúde da gestante, desenvolver práticas de cuidado que incluam a gestante com base em seu contexto, com vistas à melhoria em sua qualidade de vida. Para tal, aponta que, além do âmbito técnico, a enfermeira deve proporcionar acolhimento e escuta ativa das queixas da gestante, considerando suas preocupações e angústias (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015).

O cuidado de enfermagem como relação interpessoal é caracterizado pelo conhecimento profissional do enfermeiro, suas habilidades, maturidade pessoal e sensibilidade interpessoal, que resultam na proteção, suporte emocional e atendimento das necessidades biopsicossociais dos pacientes. Dentro dessa relação, a comunicação ocorre com elementos de escuta ativa e expressões de compreensão e empatia (DRAHOŠOVÁ; JAROŠOVÁ, 2016).

Esses elementos são essenciais para um cuidado que proporcione à mulher uma experiência positiva da gestação, sendo valorizado por elas o cuidado que respeita sua singularidade, que conjugue componentes de gentileza, atenção, solidariedade, sensibilidade aos aspectos culturais, e que respeita as necessidades das mulheres, que possibilite flexibilidade de tempo para dedicação dos profissionais para fornecer suporte, informações e segurança clínica relevantes para a mulher e o bebê (DOWNE et al., 2019).

A organização do processo de trabalho com reduzido quantitativo de profissionais, alta rotatividade e sobrecarga de atividades burocráticas, que dificultam a condução da prática de maneira a identificar e responder às necessidades da gestante e família é evidenciada como entrave ao cuidado competente das enfermeiras (BENEDET et al., 2019).

Este processo só existe como uma ação dentro de determinado contexto de trabalho, dessa forma, é preciso que a enfermeira detenha o saber sobre o contexto de atuação, não apenas mediante o conhecimento de métodos e técnicas associados, mas o âmbito no qual se inserem (LE BOTERF, 2003), para que possam atuar em consonância com a finalidade que sua prática visa a alcançar.

Como evidenciado na presente pesquisa, enfermeiras contemplam em seus discursos que o cuidado com competência deve incluir a gestante e a família e/ou acompanhante, contudo, apesar de ter-se observado na prática a oferta do pré-natal do parceiro como uma prática realizada nos serviços de saúde, as orientações em saúde dadas durante a consulta foram direcionadas apenas à gestante. Destaca-se a importância de um cuidado pré-natal que promova a participação do acompanhante para que ele possa estar instruído com informações cientificamente embasadas e participe ativamente do apoio à continuidade em domicílio dos cuidados orientados em consulta (SOUZA et al., 2020), atuando como parceiro no cuidado.

Em consonância com o enfoque tecnicista, destaca-se a menor identificação de competências, conforme preconizado pelo ICM, atinentes a atributos profissionais e pessoais gerais a profissionais da saúde durante as consultas observadas nesta pesquisa, em detrimento dos aspectos da prática básica da obstetrícia, que enfoca processos mais operacionais.

A organização da APS deveria possibilitar à enfermagem a adoção de ferramentas e subsídios para a construção de um cuidado mais humanizado, compreendido como parte essencial do cotidiano da prática da enfermeira, justapondo-se ao modelo biomédico, tendo essa profissional como primordial à efetivação da mudança desse paradigma (AZEVEDO; DUQUE, 2016).

Entretanto, a lógica hegemônica predomina, visto que uma atitude correspondente a um dos conceitos da Política Nacional de Humanização, o acolhimento, passa a ser percebida pelo enfermeiro em sua prática cotidiana como um atendimento pontual, fragmentado e direcionado à queixa do usuário, desconsiderando o cuidado relacional envolvido com a apreensão da realidade e seus condicionantes (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016). Isso desvirtua o trabalho da enfermeira com desfoque em seu

real objeto de cuidado, que deveria ser centrado na pessoa, não na doença ou em procedimentos.

Estudo colombiano que buscou verificar como os pacientes experienciam o cuidado realizado por enfermeiras identificou duas possibilidades: uma direcionada ao cuidado humanizado e outra correspondendo a uma atenção impessoal. Evidenciou a necessidade do compromisso coletivo para efetivação do cuidado humanizado pela enfermeira, envolvendo ainda o contexto social e as instituições de saúde com a finalidade de humanização, diferentemente da atenção impessoal, em que essas instâncias convergem com a finalidade meramente financeira (BELTRÁN-SALAZAR, 2016).

Da mesma forma, como fragilidades apontadas pela gestante quanto ao cuidado pré-natal, destacam-se a falta de organização da APS para o pré-natal, de recursos materiais para realização da consulta, de medicamentos essenciais de uso na gravidez e consultório específico de enfermagem e ainda o tempo prolongado de espera para início das consultas, demora, infraestrutura insatisfatória, número insuficiente de profissionais e a não realização de exame físico (SILVA et al., 2019).

Como elementos essenciais apontados por enfermeiras para melhorar a experiência de pacientes quanto à qualidade do cuidado de enfermagem, citam-se: enfermeiras clinicamente competentes, relações de trabalho colaborativas, prática de enfermagem autônoma, dotação de pessoal adequada, controle sobre a prática de enfermagem, suporte gerencial e cultura centrada no paciente. Em contrapartida, uma política de custo-benefício centrada em metas e na necessidade de aumento da produtividade e alta carga de trabalho administrativo corresponde a fatores que interferem no cuidado experienciado (KIEFT et al., 2014).

A falta de clareza das atribuições do enfermeiro, associada ao descompasso dos recursos humanos de enfermagem com a sobrecarga de trabalho, tem correlação máxima com a má qualidade do cuidado de enfermagem, sendo o aperfeiçoamento da estrutura organizacional sinalizado como condição para o melhoramento dessa situação (POORTAGHI et al. 2020).

As enfermeiras desta pesquisa sinalizaram, como estratégia para tentar contornar os elementos que intervêm ao cuidado com competência, a discussão e a

organização dos processos de trabalho da equipe de saúde durante as reuniões de equipe como forma de visibilidade da própria prática. O conhecimento e a prática podem ser melhorados com intervenções apropriadas, como treinamentos em serviço. Com isso, incrementar a formação na graduação e iniciativas dos serviços para organizar treinamentos aos profissionais contribui para melhorar a habilidade (TENAW; YOHANNES; AMANO, 2017).

A satisfação no trabalho corresponde a uma variável importante e preditora de bem-estar no ambiente de trabalho. Os enfermeiros precisam ser informados sobre as melhores práticas, conhecimentos e habilidades atuais para serem capazes de fornecer cuidados ao paciente seguros e eficazes, sendo as intervenções educativas, a pedra angular desse processo (AFSHAR; SADEGHI-GANDOMANI; ALAVI, 2020).

Estudo norte-americano evidenciou que reuniões com a equipe interprofissional para alinhamento dos cuidados ao paciente favorecem a comunicação e a colaboração entre os profissionais, bem como sua satisfação, além de terem o potencial de melhorar a qualidade e a segurança ao paciente (ADAMS; FEUDALE, 2018).

Ambiente identificado por enfermeiras como influenciador do desenvolvimento de competência corresponde àquele que proporciona um aprendizado de alta qualidade, com respeito mútuo, parceria, apoio e confiança, onde os funcionários são valorizados, altamente motivados e existem relações de apoio (KHOMEIRAN et al., 2006).

Estudo iraniano destacou aspectos identificados por enfermeiros como influenciadores do desenvolvimento de suas competências, sendo os de âmbito individual: a experiência quanto ao impacto de ter prática suficiente para o desenvolvimento de competências, não necessariamente atrelado a tempo, mas ao real envolvimento para o aprendizado; oportunidades, consistindo em situações desafiadoras como estímulos úteis para a aprendizagem (KHOMEIRAN et al., 2006); e visibilidade do cuidado de enfermagem (HOEVE; JANSEN; ROODBOL, 2014). Entretanto, deve-se ter em mente que situações desafiadoras podem ter efeito negativo para o desenvolvimento de competência se não houver um alinhamento à estratégia de aprendizado (KHOMEIRAN et al., 2006), uma vez que a competência se materializa na ação, proporcionando situação em que o profissional mobiliza os recursos de que dispõe para favorecer seu desenvolvimento (LE BOTERF, 2003).

Outras características que influenciam o desenvolvimento de competências permeiam o desejo de aprender e sua responsabilidade e esforço contínuo para expandir seu conhecimento no local de trabalho, uma vez que é o conhecimento teórico que proporciona o embasamento científico para a prática. Ter uma motivação, sendo a competência “inseparável da motivação, por estar sempre ligada à situação significativa construída pelo sujeito”, implica o querer agir do profissional (LE BOTERF, 2003, p. 154).

Estudo iraniano identificou motivação das enfermeiras ligada à satisfação com a melhora do paciente, bem como o desejo de melhorar a imagem da profissão de enfermagem dentro de sua sociedade, como em muitos outros países em desenvolvimento, existente até mesmo entre outros profissionais de saúde (KHOMEIRAN et al., 2006).

Todavia, é preciso considerar que mobilizar recursos que resultem em uma ação com competência independe apenas de características intrínsecas ao profissional, mas também das condições que permeiam a situação de trabalho, influenciadoras do seu poder agir (LE BOTERF, 2003). Nesse sentido, a gestão é indicada como principal dificultador da efetivação do cuidado humanizado em razão da imposição de regras burocráticas que representam e reforçam o conceito da medicalização, levando a apatia ao estímulo e avanço da APS, à desmotivação profissional e à redução da qualidade da assistência, com um cuidado fragmentado (AZEVEDO; DUQUE, 2016).

Khomami e Rustomfram (2019) identificaram divergências nas percepções de enfermeiras assistenciais e gerenciais quanto à eficiência da enfermagem no cuidado ao paciente. Para as enfermeiras assistenciais, a elevada carga de trabalho, a desproporção na relação quantitativa entre enfermeira e pacientes, o retorno salarial, o excesso de trabalho burocrático e o trabalho em equipe correspondem a aspectos que impactam no cuidado prestado. Entretanto, em relação às enfermeiras gerenciais, um cuidado eficiente esteve ligado a aspectos técnicos como administração de medicamentos conforme horário prescrito, fornecimento de cuidados básicos de enfermagem, limpeza do ambiente e educação em saúde.

Em contrapartida, os gerentes de enfermagem que assumem uma postura de liderança, não apenas a gestão do serviço, são identificados com potencial para influenciar resultados de qualidade aos pacientes pelo fortalecimento da equipe de

enfermagem (KHAN; GRIFFIN; FITZPATRICK, 2018; XU et al., 2019), provisionando-os de inspiração, motivação e estímulo (KHAN; GRIFFIN; FITZPATRICK, 2018) para o cuidado com competência.

O apoio dos gestores de enfermagem contribui para a conformação de uma competência de equipe pela educação continuada, treinamento de tutoria-preceptoria e programas de ensino de discussão de caso, visto que o desenvolvimento de competências é um processo contínuo de melhoria de conhecimentos, atitudes e habilidades, fortemente influenciado pela experiência de trabalho (RIZANY; HARIYATI; HANDAYANI, 2018). É essencial que enfermeiros em cargos de gestão busquem identificar os entraves ao fortalecimento da profissão e assumam um posicionamento para incrementar o número de profissionais no serviço, reduzindo a sobrecarga de trabalho, refletindo-se em um cuidado com competência (HUNTER et al., 2017).

Para responder aos desafios ao fortalecimento da força de trabalho de enfermagem, são necessários líderes que atuem como agentes de mudança positiva na criação de sistemas de saúde eficazes e responsivos à medida que se envolvem na formulação de políticas em diferentes setores, incluindo educação, gestão da força de trabalho, coleta e gestão de dados e pesquisa (WHO, 2016a), promovendo a conscientização da sociedade e os governantes quanto à relevância da profissão (BENEDET et al., 2021).

Todas essas atividades podem levar à prestação de cuidados de alta qualidade, alcançando maior relação custo-eficácia nos sistemas de saúde e, mais importante, melhores resultados para os pacientes. A compreensão dos fatores que influenciam o desenvolvimento da competência de enfermeiras pode aumentar a capacidade dos gerentes e educadores de enfermagem para permitir que os alunos e enfermeiros qualificados busquem caminhos de desenvolvimento de competências eficazes para prepará-los para fornecer um alto padrão de atendimento (KHOMEIRAN et al., 2006).

Enfermeiros que atuam em ambientes considerados mais favoráveis ao trabalho em equipe tiveram uma avaliação mais positiva da qualidade do atendimento prestado em suas práticas, ficaram mais satisfeitos com seu trabalho e foram menos propensos a expressar a intenção de deixar o trabalho atual. Em outras palavras, as práticas com maior percepção do trabalho em equipe apresentaram níveis mais baixos dos

marcadores comuns de *burnout* relatado pelo provedor. Tanto médicos quanto enfermeiras relatam maior satisfação com seu trabalho em ambientes mais colaborativos (CROSSON, 2020).

Estudo junto a mulheres sauditas para identificar fatores associados à falta no acompanhamento pré-natal apontou condições estruturais do serviço como os horários de disponibilidade dos serviços de saúde para as consultas e a percepção da gestante quanto à comunicação da equipe como entraves à comunicação, associada tanto ao fornecimento de informações práticas relacionadas à gravidez quanto ao suporte emocional (ALANAZY; BROWN, 2020). A valorização não apenas de informações objetivas, mas também subjetivas que influenciam na percepção de qualidade do cuidado recebido, suscita reflexões relativas às dimensões da qualidade do atendimento que não são incluídas nas métricas de qualidade, apesar de sua riqueza e variedade (AVDIC et al, 2019).

Nesse sentido, Dahl, Heinonen e Bondas (2020) destacam a necessidade de esforços para transformação do cuidado pré-natal, caracterizado por cuidados rotineiros e orientados para o cumprimento de tarefas, para um cuidado em que prevaleçam a tomada de decisão compartilhada e práticas reflexivas, com escuta das necessidades da mulher e de seu parceiro e família, com conhecimento embasado em evidências (DAHL; HEINONEN; BONDAS, 2020), compreendendo o contexto social e cultural no qual essa família está inserida, considerando-os entre os fatores que podem obstar o acompanhamento pré-natal (PELL et al., 2013) e a prestação de um cuidado com competência.

Para um cuidado que incida sobre as TMM, convergente com o alcance dos ODS, Saad-Haddad e colaboradores (2016) ressaltam que profissionais de saúde competentes contribuem para a melhoria da saúde materna e neonatal, perfazendo a necessidade de investimentos na formação para o fornecimento de cuidados maternos adequados e em tempo hábil que permeiem a avaliação da qualidade do atendimento oferecido, a identificação da percepção das mulheres em relação ao atendimento, bem como as barreiras à implementação.

Forte e colaboradores (2016) destacam a atuação interdisciplinar e a integração das diversas profissionais do serviço como necessárias para o alcance de melhores

resultados do trabalho direcionado às necessidades do usuário, com foco na integralidade do cuidado, com vistas à prevenção e promoção da saúde, pela compreensão ampliada do processo saúde-doença. Mediante relato das vivências de estudantes, preceptores e tutores participantes de um programa na modalidade Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde), tendo como âncoras a formação interprofissional e a prática colaborativa para promoção do cuidado integral materno-infantil, os autores evidenciam como essa proposta de integração ensino e serviço contribui para o aprimoramento dos profissionais da saúde, tanto em sua formação acadêmica como na atuação prática, promovendo um olhar crítico dos estudantes sobre a realidade e a vivência dos desafios à materialização do SUS bem como permitindo aos preceptores o desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional e as práticas colaborativas.

Os autores destacam ainda que o processo realizado de maneira conjunta e permeado pelo diálogo entre os atores envolvidos promoveu a integração de saberes e fazeres em saúde dos profissionais, constituindo-se em potencial estratégia para incorporação dos princípios do SUS, fortalecimento à promoção do cuidado integral e possibilidade de trabalho em equipe, com a oferta de serviços resolutos e de qualidade para a população (FORTE et al., 2016). O treinamento interprofissional ensina os benefícios e princípios de competências interprofissionais e promove a familiaridade das diferentes categorias profissionais para o trabalho (WHO, 2019).

Shamian (2014) traz a colaboração interprofissional como essencial para fornecer cuidados de saúde de qualidade para mitigar muitos dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde em todo o mundo, partindo da compreensão de que para responder a necessidades de saúde são demandadas ações que envolvem uma gama de conhecimentos e habilidades que só podem ser encontrados em uma ampla gama de profissões de saúde. Além disso, a prática colaborativa deve incluir o paciente como o ator principal na equipe de saúde.

Nessa perspectiva, na condição de elementos potencializadores ao cuidado pré-natal, estão o acolhimento e a escuta como aspectos valorizados pela gestante no cuidado prestado pela enfermeira (SILVA et al., 2019; LIVRAMENTO et al., 2019), como uma perspectiva de sobrepor o cuidado focado no âmbito clínico ao proporcionar a escuta

das necessidades da gestante e promover maior espaço para orientações em saúde e esclarecimentos de dúvidas (SILVA et al., 2019). Em contrapartida, a ausência de educação em saúde é vista pela gestante como aspecto negativo durante a consulta pré-natal realizada pela enfermeira, principalmente por primigestas (PRICILLA et al., 2016).

Melo e colaboradores (2020) destacam a imagem da enfermeira associada à educação em saúde, perfazendo a necessidade de procurar ampliar constantemente seus conhecimentos teórico-práticos, com vistas a um cuidado com mais competência, refletindo-se na transformação e valorização da prática.

Identifica-se que para gestantes e enfermeiras um cuidado pré-natal com competência corresponde a um espaço para educação em saúde, acolhimento e escuta ativa das queixas e necessidades da gestante (BENEDET et al., 2019; GOMES et al., 2019), elementos técnicos da consulta de enfermagem também são valorizados pelas gestantes, como a realização do exame físico, exames laboratoriais, acesso a vacinas e facilidade para o agendamento de consulta (GOMES et al., 2019). O modelo biomédico é identificado pelas enfermeiras como insuficiente para responder às necessidades das gestantes (BENEDET et al., 2019).

As enfermeiras na presente pesquisa identificam que o cuidado prestado está alinhado a uma finalidade técnica de acompanhamento da gestação, com o intuito de a mulher passar esse processo sem intercorrências, resultando em um bebê saudável. Contudo, expressam que o cuidado com competência durante a gestação ultrapassa esse âmbito, abrangendo as necessidades da gestante mediante um cuidado que a considere em sua integralidade e singularidade.

Entretanto, esse modelo volta a ser reforçado pelas gestantes ao associar o profissionalismo na consulta a condutas mais técnicas realizadas pelo profissional (LIVRAMENTO et al., 2019), ou interpretando o encaminhamento médico como uma limitação do conhecimento técnico da enfermeira (GOMES et al., 2019), gerando um sentimento de ambiguidade, evidenciado entre as participantes desta pesquisa, por compreenderem a importância do diferencial da profissão ao cuidado competente no pré-natal, mas que esse cuidado não é valorizado pela gestante como um cuidado profissional por diferir da perspectiva tecnicista hegemônica nos serviços de saúde.

Na prática de enfermagem, o autoconhecimento e a consciência dos próprios valores internos (*ethos*) do enfermeiro permitem que ele esteja presente na situação concreta única com o ser humano em sofrimento, para tal, é preciso o resgate dos valores genuínos da profissão (KARLSSON; PENNBRANT, 2020). Nesse sentido, enfermeiras que estejam fortalecidas quanto ao autoconceito e o diferencial da profissão no cuidado prestado o fazem com maior competência, entendendo que a ação resultante da mobilização dos recursos exige um saber interpretar do profissional que esteja inteirado na situação, não sendo uma resposta automatizada, mas que exige plasticidade e adaptação (LE BOTERF, 2003).

Para contribuir com maior visibilidade da enfermagem, “reconhecimento à própria disciplina e possibilidade de intervenções práticas certificadas e qualificadas”, Favero, Wall e Lacerda (2013, p. 540) destacam a necessidade de aprofundamento dos aspectos teóricos que envolvem a enfermagem.

Estudo conduzido na Turquia sobre o autoconceito profissional de enfermeiros que atuam em hospitais e fatores relacionados evidencia a relação de melhor autoconceito profissional com maior experiência profissional e níveis de escolaridade, também se associando a uma elevada autoestima, sendo afetado por características pessoais e condições de trabalho. Nessa perspectiva, fornece subsídios ao ensino acadêmico para formação de enfermeiros, sendo estabelecida a base para o desenvolvimento do seu eu profissional e também para o desenvolvimento de programas de educação em saúde para o autodesenvolvimento e a avaliação da equipe (SABANCIOGULLARI; DOGAN, 2017).

Um ambiente de trabalho de apoio e empoderamento também é promotor de um autoconceito profissional positivo entre os profissionais de saúde e pode melhorar ainda mais sua resiliência ao estresse relacionado ao trabalho e, conseqüentemente, a qualidade e a segurança do cuidado prestado (KARANICOLA et al., 2018). Nesse sentido, é preciso fomentar práticas de educação permanente que fortaleçam a essência da profissão junto às enfermeiras, uma vez que são os recursos internos que impulsionam o engajamento da enfermeira para o desenvolvimento do cuidado como conexão entre a enfermeira e o paciente (MCCLENDON, 2017).

As estratégias de educação profissional em saúde devem visar à compreensão por parte desse profissional da relevância de sua atuação, visto que a profissão fornece cuidados vitais nos diferentes ciclos de vida e tem potencialidade para o alcance dos ODS para além do âmbito da saúde, mas também da educação, igualdade de gênero, melhores condições de trabalho e crescimento econômico (WHO, 2020).

São necessários esforços para revigorar essa imagem da profissão, pois uma imagem fortalecida pode dissipar visões desatualizadas e imprecisas, favorecendo o sentimento de unidade entre os enfermeiros com base em interesses comuns e objetivos profissionais (GODSEY; HOUGHTON; HAYES, 2020).

A imagem dos enfermeiros tem sido socialmente associada a profissionais cuidadosos e confiáveis, mas sem influência e autonomia. Como fatores que contribuem para a imagem inconsistente da enfermagem, apontam-se: a variedade de formações profissionais conformando uma mesma categoria de enfermagem, falta de desenvolvimento de liderança, profissionalismo, reforço pela mídia e on-line, experiências pessoais dos pacientes, tratamento por outros colegas profissionais e papel de gênero (GODSEY; HOUGHTON; HAYES, 2020).

Nesta pesquisa, as falas que remetem à descontinuidade do cuidado por barreiras burocráticas, como a necessidade de interlocução pelo profissional médico para fornecimento de atestado à gestante ou acompanhante, são percebidas como uma forma de tolher a autonomia profissional da enfermeira.

Há uma divergência entre o discurso profissional quanto a como deve ser um cuidado pré-natal com competência e a prática observada. As enfermeiras mostram compreensão da complexidade do processo gestacional e do cuidado a ser prestado para abranger a integralidade e a singularidade da mulher, demonstrando na prática observada ações que ampliam o olhar clínico, entretanto a prática preponderante segue o cumprimento de rotinas e aspectos protocolares, que são os aspectos registrados e, dessa forma, visibilizados da profissão.

Estudo indonésio que objetivou identificar as atividades de enfermagem na prestação de cuidados de enfermagem a partir da documentação evidenciou falhas no registro quanto a cuidados necessários à efetivação do processo de enfermagem no ambiente hospitalar. Os autores destacam que a enfermagem deve produzir

documentação com pensamento crítico, com registros claros e precisos, para contribuir com a comunicação interprofissional e a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados (ASMIRAJANTI; HAMID; HARIYATI, 2019).

Nessa mesma perspectiva, Kebede, Endris e Zegeye (2017) identificaram que a maioria dos cuidados de enfermagem prestados não é documentada (62,6%), sendo a baixa proporção enfermeiro-paciente, carência de treinamento em serviço sobre o processo de enfermagem, baixo conhecimento profissional e boa atitude em relação à documentação de cuidados de enfermagem, aspectos significativamente associados à prática de documentação de cuidados de enfermagem (KEBEDE; ENDRIS; ZEGEYE, 2017).

Em estudo de Maia e colaboradores (2017), identificaram-se registros com qualidade ruim e muito ruim de incompletude, principalmente relacionados a condições socioculturais das gestantes, escolaridade, raça/cor e situação conjugal, excetuando-se os campos de preenchimento automático no sistema ou cujo preenchimento esteja associado ao encerramento do atendimento. Destaca-se que registros com maior completude possibilitam uma avaliação profissional mais precisa sobre a vulnerabilidade social e fatores de risco à saúde materna e fetal (MAIA et al., 2017).

Supervisão inadequada dos enfermeiros sobre a documentação de enfermagem, relacionada a cobranças ou avaliações atreladas a períodos de processos de acreditação, problemas de competência na documentação, relativos à incompreensão do profissional de como proceder ao registro ou sua relevância e falta de confiança e motivação na documentação, relacionada a registros por vezes inverídicos da prática são apontados como intervenientes à qualidade do registro dos cuidados prestados (KAMIL; RACHMAH; WARDANI, 2018).

Deve-se atentar a esse último aspecto na incorporação de roteiros como apoio ao processo de enfermagem durante a consulta, por exemplo, para que a demanda e o tempo restrito para efetivar o registro das informações não acabem por suprimir informações ou apenas reproduzi-las a partir de um roteiro padrão de respostas.

Nesse sentido, o apoio e a melhoria das habilidades de enfermagem em todos os níveis de educação são essenciais para a adesão bem-sucedida à documentação adequada (KAMIL; RACHMAH; WARDANI, 2018).

Para incrementar o registro de enfermagem sobre as informações dos cuidados prestados, estudo sul africano aponta que são necessárias mudanças amplas, sendo apenas o treinamento estratégia insuficiente para consolidar uma mudança sustentável da prática, devendo abranger transformações na cultura organizacional e nos sistemas documentais para apoiar o registro (OKAISU et al., 2014).

Destacam-se nesta pesquisa a elaboração e a socialização ao grupo, por parte de uma das enfermeiras participantes, de um roteiro norteador para a consulta de pré-natal com base nas discussões e reflexões realizadas em grupo durante as Oficinas Reflexivas, que foram um dos elementos potencializadores no aprimoramento das consultas. Piler e colaboradores (2019) afirmam que a construção conjunta de protocolos norteadores da prática profissional favorece a reflexão dos profissionais quanto ao processo de trabalho, contribuindo para a transformação da prática, além disso, esses instrumentos contribuem para um cuidado embasado nas melhores evidências (PILER et al., 2019).

A padronização de linguagens e de instrumentos adotadas no contexto de cuidado favorece o registro com melhor qualidade ao permitir melhor comunicação entre enfermeiros e outros profissionais de saúde, maior visibilidade das intervenções de enfermagem, melhoria do atendimento ao paciente, coleta de dados aprimorada para avaliar os resultados dos cuidados de enfermagem, maior adesão aos padrões de atendimento e avaliação facilitada da competência de enfermagem (RUTHERFORD, 2008).

A construção conjunta de instrumentos norteadoras da prática facilita sua incorporação pelos profissionais, bem como por ser elaborada segundo a realidade de saúde dos próprios trabalhadores. Entretanto, o profissional precisa ter clareza do seu objeto de trabalho para que a prática não fique engessada pelos instrumentos e rotinas institucionais.

Nesta pesquisa, destaca-se que a adoção do roteiro elaborado pela própria enfermeira do serviço contribuiu para o fortalecimento das participantes.

Com isso, para superar elementos intervenientes e fomentar as potencialidades ao cuidado de enfermagem com competência no pré-natal, são necessários, além do comprometimento pessoal em buscar aprimorar a própria prática, o envolvimento e o

interesse conjunto dos atores envolvidos nos processos formativos, órgãos de classe e de gestão do trabalho, com a incorporação de estratégias de educação permanente em saúde em conjunto com os profissionais de saúde, bem como a organização dos processos de trabalho em saúde, alinhados a uma finalidade em comum que coadune com os princípios norteadores do SUS para que todos os profissionais desenvolvam a prática tendo noção do todo (BENEDET et al., 2019).

A lacuna de competência se sobrepõe ao conhecimento teórico e prático do profissional, mas perpassa discordância entre a universidade e as organizações de saúde em razão das diferentes visões das estruturas de aprendizagem e do valor atribuído ao conhecimento, limitando o desenvolvimento da competência profissional. Os requisitos da universidade e das organizações de saúde para a profissão de enfermagem são semelhantes, mas diferem em relação a seus objetivos e expectativas, o que gera tensões entre os requisitos das organizações de saúde para habilidades e rotinas médicas, enquanto os requisitos da universidade são direcionados ao trabalho embasado em evidências. Os recém-formados seguem principalmente as rotinas e diretrizes diárias da clínica, embora nem sempre sejam consistentes com o conhecimento baseado em evidências adquiridas durante seu treinamento (WIDARSSON et al., 2020).

Nesse sentido, Libingi, Ngoma e Banda (2019) identificaram a prevalência de conhecimentos de profissionais relativos a cuidado pré-natal em comparação à habilidade para realizá-los, podendo se refletir na qualidade do pré-natal e, consequentemente, na mortalidade materna. Como uma estratégia para suprir essa lacuna, as autoras propõem a supervisão do cuidado prestado e da oferta de atualizações regulares de habilidades profissionais.

Assim, identifica-se a dicotomia entre ensino e serviço, em que não há um alinhamento entre as finalidades aprendidas e praticadas, encerrando, dessa forma, objetos de cuidado diferentes. Entretanto, é preciso fortalecer as enfermeiras para que possam contribuir para a efetivação dos princípios do SUS, visto serem a categoria profissional com maior representatividade numérica nos serviços de saúde, com potencial para transformação do atual modelo de atenção à saúde.

Fracolli e Castro (2012) apontam que há intencionalidade quanto ao ensino em formar profissionais de enfermagem que desenvolvam uma prática eticamente

embasada, com compromisso e responsabilidade ao cuidado com a saúde dos cidadãos e com os serviços, seguindo os preceitos da PNH, com competências voltadas para a identificação de problemas e necessidades de saúde. Referem que uma formação que renuncie à lógica que reduz as pessoas a objetos, desconectados da subjetividade humana, perpassa relações ensino-aprendizagem mais críticas e emancipatórias (FRACOLLI; CASTRO, 2012).

Estudo conduzido na Espanha relativo a percepções e opiniões de estudantes de enfermagem e de enfermeiros recém-qualificados sobre o conteúdo do currículo de enfermagem identificou carga horária de treinamento clínico como insuficiente, tendo em vista que um período de prática clínica suficientemente longo se reflete no alcance das competências esperadas ao enfermeiro na prática, conforme a legislação espanhola (LÓPEZ-ENTRAMBASAGUAS et al., 2020). Nesta pesquisa, as enfermeiras apontaram insegurança associada à habilidade ao realizar a prática do cuidado pré-natal, reforçando a necessidade de repensar os processos formativos, sendo necessário, por vezes, rever ou resgatar aspectos práticos antes de acrescentar mais conhecimento teórico.

Ainda no âmbito da formação profissional, aponta-se a falta de clareza dos preceptores do ensino no serviço quanto ao conteúdo da aprendizagem, associado ao fato de muitos enfermeiros serem obrigados a assumir a preceptoria e a divergência entre os cuidados com base em evidência científica aprendidos na universidade e o cuidado prestado pela equipe de enfermagem no serviço, com ênfase na educação clínica em ambientes de internação em detrimento dos aspectos psicológicos, espirituais e sociais do cuidado (LÓPEZ-ENTRAMBASAGUAS et al., 2020).

Le Boterf (2003) pontua que competência não corresponde a um ato espontâneo como uma conformação preexistente ou estanque, mas a uma ação mobilizadora de recursos que resulte em competência, exigindo reflexividade do profissional, cabendo aos formadores o papel de promover essa capacidade reflexiva.

Estruturas de apoio específicas em organizações de saúde para o desenvolvimento profissional, como horários regulares para reflexão na condição de apoio ao pensamento crítico, e o cuidado baseado em evidências, programas de introdução clínica e centros de treinamento clínico também são vitais (AFSHAR; SADEGHI-GANDOMANI; ALAVI, 2020). Além disso, a integração ensino-serviço-

comunidade, por meio de propostas educativas que promovam a imersão do discente na prática, não apenas a inserção, favorece processos reflexivos mais efetivos ao desenvolvimento de competência para a promoção da saúde (NETTO; SILVA, 2018), âmbito de enfoque na APS.

Para que os enfermeiros sejam eficazes na gestão e coordenação do cuidado, desde a graduação necessitam ser expostos ao modo como a comunidade afeta cada paciente e como intervenções comunitárias mais amplas podem melhorar os resultados individuais, o que exige maiores conhecimentos sobre epidemiologia, sociologia e determinantes sociais da saúde. Permeiar os âmbitos social, político e fatores econômicos que influenciam a saúde individual e coletiva consiste em um ponto crítico para garantir o acesso equitativo à saúde (WHO, 2019).

Nessa perspectiva, o desenvolvimento da competência profissional do enfermeiro precisa ser visto em um contexto mais amplo, tanto no nível estrutural quanto organizacional, do que a mera transição da educação para o primeiro ano como enfermeiro em serviço de saúde (WIDARSSON et al., 2020). Para promover o desenvolvimento de competência, alinhada aos princípios do SUS, que amplie a perspectiva de cuidado para além do modelo biomédico, é necessária uma atuação conjunta nas diferentes instâncias que envolvem desde a formação profissional.

Visto que a formação em saúde dos profissionais na APS segue orientada pelos padrões hegemônicos, e as práticas desempenhadas no cotidiano não apontam para a mudança do modelo de atenção conforme princípios do SUS, é preciso compreender que, para a efetivação de um cuidado com competência, são necessários o comprometimento do serviço de saúde com a oferta de condições estruturais básicas para a efetivação da prática profissional (MANTHIP et al., 2013) e o envolvimento da equipe de saúde e o alinhamento do cuidado, uma vez que o tripé saber, querer e poder agir sustenta a mobilização dos recursos de que o profissional dispõe para atuar em dada situação (LE BOTERF, 2003).

Os provedores de saúde enfrentam enormes desafios ideológicos, organizacionais, estruturais e relacionais enquanto promovem o trabalho em equipe e a colaboração interprofissional em ambientes da APS. Alinhado a isso, o relatório da OMS (2020) sobre a situação da enfermagem no mundo reforça a necessidade de investimento

na formação de enfermeiras, com incremento em docentes das instituições formadoras, infraestrutura para a prática clínica e facilidade de acesso dos estudantes ao curso, resultando em um profissional embasado na ciência, tecnologia, trabalho em equipe e equidade em saúde. Dispor de um corpo docente que represente a profissão aos estudantes é fundamental para uma formação sólida da identidade da enfermeira para atuar na prática, uma vez que se constitui em espelho paradoxal aos graduandos (LIMA et al., 2020).

Reforça-se a importância dos planos de estudo convergirem com as prioridades em saúde do país, bem como com questões mundiais emergentes em saúde (WHO, 2020). Nesse sentido, destaca-se a notoriedade dada à profissão diante da pandemia causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, que coincidiu com o Ano Internacional da Enfermagem de 2020, trazendo a necessidade de as enfermeiras evoluírem como uma força influente, essencial e autônoma para o fornecimento de saúde global (WILSON et al., 2020).

Diante do atual contexto de pandemia pela Covid-19, na especificidade do pré-natal, além dos cuidados à saúde da gestante já preconizados, a enfermeira deve ter competências para mobilizar os recursos cognitivos de que dispõe ou necessita aprimorar para responder a essa nova situação de trabalho, com orientações em saúde que desmistifiquem ideias preconcebidas e medidas preventivas contra a Covid-19 e estimulem o resguardo da gestante (ESTRELA et al., 2020).

A pandemia de Covid-19 ampliou a percepção pública da relevância profissional das enfermeiras para a humanidade e oportunizou o posicionamento da profissão como “uma prática social embasada na ciência, na ética, no agir político e de saúde, imprescindível para superar os desafios que o século XXI nos apresenta” (OLIVEIRA et al., 2021, p.4). A enfermagem, portanto, oferece a formação de conhecimento baseado em evidências à prática, adequado para a prestação de serviços de saúde no mundo real com um impacto centrado na pessoa, que se estende muito além das premissas limitadas e limitantes do modelo hegemônico (WILSON et al., 2020).

A enfermagem precisa reconhecer seu próprio valor (OLIVEIRA et al., 2021) e adotar uma postura que o reafirme, de maneira a fortalecer uma nova identidade profissional que nos impulse à liderança em políticas e processos, não como super-

heróis ou anjos conforme representado pela mídia, pois remetem a figuras que não morrem ou requerem treinamento para a atividade que desenvolvem, embasamento científico ou apropriada remuneração; ao contrário, as enfermeiras, sim (WILSON et al., 2020). Nessa perspectiva, é importante ampliar a divulgação das ações realizadas em todos os canais que possibilitem situar o cuidado de enfermagem como prática social (LACERDA, 2018).

Refletir sobre a profissão com amparo teórico e crítico se faz necessário para desafiar os comportamentos e preconceitos inconscientes à nossa categoria profissional que impedem nosso progresso (WILSON et al., 2020). O desenvolvimento de competências não deve estar vinculado somente ao ajuste de processos (LE BOTERF, 2003). Nessa perspectiva, fomentar a reflexão de enfermeiras possibilita incutir considerações sobre o fazer próprio da enfermagem, colaborando para o fortalecimento do autoconceito da profissão. A efetiva apropriação pela enfermeira de suas competências para o cuidar fomenta a valorização e a visibilidade da profissão, confirmadas pela capacidade de articulação política para se posicionar diante de situações da prática quanto de demandas de saúde da sociedade (LACERDA, 2018).

Alinhada aos movimentos globais para fortalecimento da enfermagem, está a Campanha *Nursing Now*, cujo objetivo principal consiste em fortalecer a educação e o desenvolvimento dos profissionais da área de enfermagem, focalizando na melhora de condições de trabalho, liderança e compartilhamento e práticas exitosas (OPAS, 2018). Para alcançar tais logros e possibilitar que a enfermeira trabalhe com todo seu potencial, são necessários o envolvimento e o trabalho coletivo tanto das instituições de ensino como dos serviços de saúde, e a gestão e as lideranças políticas da saúde devem estar envolvidas para fortalecê-las na condição de protagonistas e contribuir para transformação das percepções limitantes existentes na profissão (APPG, 2016; BENEDET et al., 2021).

Destaca-se na presente pesquisa a contribuição do processo de reflexão-ação efetivado mediante Oficinas Reflexivas como estratégia com potencial para identificação e superação de intervenientes ao desenvolvimento de uma prática com competência, propiciando às enfermeiras o fortalecimento quanto ao próprio processo de trabalho, de

modo a fomentar discussões e implementação de transformações no sentido de aprimorar e valorizar o cuidado prestado (BENEDET et al., 2021).

8 RECOMENDAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA DE ENFERMEIRAS NO PRÉ-NATAL DA APS

O presente capítulo traz recomendações para o fortalecimento das enfermeiras em direção ao desenvolvimento da competência para o cuidado pré-natal na APS, perpassando as áreas técnica, educacional, social e política, na compreensão de ser necessário um compromisso coletivo para lograr as transformações necessárias ao protagonismo da enfermeira frente ao cuidado de enfermagem.

No âmbito da área técnica, são elencadas recomendações que abrangem o nível individual como enfermeira, o trabalho em equipe e organização dos processos de trabalho dentro do serviço:

- Estabelecer espaços para reflexão e discussão interprofissional quanto ao cuidado desenvolvido, de maneira que atuem alinhados em prol de um mesmo objetivo de saúde;
- Instituir protocolos e rotinas para sistematização da linguagem, comunicação e assistência entre a equipe, organização e fluidez dos aspectos técnicos e burocráticos, associados a estratégias que promovam o raciocínio clínico e crítico, para que a prática da enfermeira não fique engessada;
- Organizar ações de educação permanente em saúde, alinhadas às demandas locais do serviço, incluindo os profissionais como atores desse processo, de modo a incentivar a atualização profissional e a manutenção do desenvolvimento da competência;
- Assumir uma postura que incorpore os instrumentos característicos do cuidado técnico-científico, mantendo o cuidado nos aspectos psicossociais da gestante, atuando de maneira a compreender a relevância do cuidado para efetivação de um cuidado integral e com competência;
- Discutir e estabelecer atribuições entre os profissionais que atuam nos serviços das UESF, de maneira que a coordenadora do serviço fique responsável por atividades atinentes ao cargo, desvinculando da enfermeira a imagem de centralidade da resolução dos problemas do serviço.

As recomendações da área educacional abrangem os aspectos formativos da profissão,

- Fortalecer desde a formação o cuidado em sua essência para que, ao ser inserida no mercado de trabalho, a enfermeira consiga manter sua prática alinhada aos princípios genuínos da profissão;
- Fomentar nos estudantes o hábito de atualização de conhecimentos como um dever profissional para prestação de um cuidado alinhado às melhores evidências;
- Oportunizar desde a formação a reflexão crítica quanto à prática para que em sua atuação dentro da equipe de saúde possa identificar entraves ao seu processo de trabalho e propor mudanças;
- Organizar processos formativos que incluam o trabalho interprofissional para que, ao conformarem uma equipe dentro do serviço de saúde, possam desenvolver sua prática em harmonia e colaboração mútua;
- Incentivar desde a graduação, a interação ensino, serviço e comunidade, reduzindo a dicotomia entre a teoria e prática;
- Estimular o engajamento entre os profissionais da prática e da sociedade científica para engrandecimento da profissão;

Na área social são contempladas recomendações sobre a visibilidade da prática profissional na sociedade:

- Utilizar de mídias e meios sociais para divulgação da prática da enfermeira, assumindo uma postura de valorização da própria prática profissional junto à sociedade;
- Incrementar a educação em saúde às mulheres e famílias durante o pré-natal realizado pela enfermeira para que elas sejam aliadas na difusão de experiências positivas de cuidado.

As recomendações à área política versam sobre as ações que requerem o envolvimento dos formuladores de políticas e gestores dos serviços de saúde:

- Promover educação permanente em saúde que fomente o resgate dos valores

próprios concernentes a cada categoria profissional, no intuito de fortalecer a identidade profissional da enfermeira e delimitar os processos de trabalho referentes a cada membro da equipe de saúde;

- Apoiar a divulgação da prática da enfermagem em meios digitais e espaços que impulsionem a visibilidade de práticas exitosas como exemplo e fortalecimento à profissão e reconhecimento social;
- Fortalecer desde a formação o papel dos órgãos representativos da classe e a importância da participação e atuação conjunta, tanto para buscar/reivindicar melhorias, bem como divulgar iniciativas de sucesso na prática profissional;
- Incrementar o número de profissionais e infraestrutura no serviço, de maneira que possam atuar exercendo o cuidado em sua plenitude e o acompanhamento do processo gestacional de risco habitual em sua integralidade, conforme respaldo científico e legal;
- Implementar indicadores de avaliação que considerem o cuidado além do âmbito técnico e procedimental, que permitam incutir valor ao cuidado como uma prática que abrange os aspectos biopsicossociais da gestante e da família
- Viabilizar carga de trabalho menos exaustiva, que possibilite momentos reflexivos e de atenção plena à enfermeira para promover um cuidado com competência;
- Analisar condições de remuneração que considerem o trabalho genuíno da enfermeira para além das metas quantitativas, convergindo aos aspectos motivacionais e de satisfação da prática.

Diante do engajamento das participantes e do apoio da gestão municipal na efetivação desta pesquisa e para que as ações suscitadas pelas enfermeiras fossem efetivadas na prática cotidiana nas UESF, indica-se o fortalecimento de parcerias entre instituições de ensino e serviço de maneira que a competência dos atores envolvidos contribua para a formação de novas enfermeiras, bem como fomenta a atualização profissional e a ambição de conhecimento daquelas que se encontram em serviço, possibilitando maior visibilidade e valorização do saber prático, formando alianças para aproximação dos âmbitos teórico e prático da profissão.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método da pesquisa-ação contribuiu para o alcance dos objetivos propostos neste estudo, quanto a objetivos práticos junto às enfermeiras em sua prática de cuidado pré-natal, e da mesma forma, propiciou o aprofundamento teórico e científico quanto ao desenvolvimento da competência, concernente à objetivos de pesquisa. Nessa perspectiva, entende-se que a pesquisa alcançou a proposição da resolução de um problema identificado em conjunto com as participantes, mediado pela tomada de consciência a partir das Oficinas Reflexivas, gerando conhecimentos que podem contribuir ao ensino e à formação de futuros enfermeiros, bem como aos gestores de serviços de saúde para promoverem estratégias que propiciem efetivamente o desenvolvimento de competência para o cuidado pré-natal.

O diagnóstico situacional do cuidado pré-natal realizado pelas enfermeiras evidenciou uma prática automatizada, que cumpre, majoritariamente, as competências preconizadas internacionalmente para a especificidade do âmbito gravídico, com limitação no que tange a conhecimentos, habilidades e atitudes como uma postura profissional autônoma, quanto aos aspectos éticos e legais, direcionados à gestante, família e equipe de saúde, e apropriação e organização do próprio processo de trabalho.

A participação em Oficinas Reflexivas permitiu às enfermeiras a identificação da competência acerca da própria prática para o cuidado pré-natal, possibilitando, pela verificação de elementos determinantes, a efetivação desse cuidado, que abrange elementos intervenientes e potenciais ao cuidado pré-natal com competência, com a proposição de recomendações para superá-los ou fortalecê-los.

Os elementos intervenientes à efetivação do cuidado com competência referidos pelas enfermeiras apontam a necessidade de envolvimento em diferentes esferas para superá-los, uma vez que uma ação competente demanda aspectos intrínsecos ao indivíduo, mas também condições de trabalho e do ambiente em que está inserido, sendo a motivação e a satisfação fortes elementos propulsores para um querer agir com competência.

Nessa perspectiva, é essencial fomentar processos reflexivos junto às enfermeiras para que resgatem o fazer próprio da profissão e se sintam fortalecidas para

exercê-lo mediante um cuidado com competência, com o registro correspondente para atuar na promoção e divulgação da sua prática, em um movimento de aprofundar o conhecimento de si como profissional e se fazer conhecer.

Se a invisibilidade incorre em desconhecimento e desvalorização do trabalho da enfermeira, levando à desmotivação, baixa autoestima e baixo autoconceito, e as emoções influenciam a mobilização de recursos como um agir com competência, valorizar e dar visibilidade ao cuidado de enfermagem, promovendo estratégias de fortalecimento das enfermeiras, repercute em um cuidado com competência.

Por serem norteadas por um modelo incipiente na atenção às necessidades de saúde, a condução das práticas das enfermeiras fica à mercê da perspectiva individual, gerando frustrações às profissionais que têm uma visão ampliada. A competência perpassa muito além do cumprir tarefas ou seguir protocolos, é agir movimentando os recursos de que dispõe para atender/responder a uma situação, dessa forma, se o profissional tem uma concepção de cuidado pré-natal resumida ao monitoramento para o desenvolvimento fetal saudável, suas práticas corresponderão a isso. Contudo, ao ter uma visão ampliada dos aspectos que abrangem o contexto de vida da gestante, com suas relações familiares e sociais, esbarra em dificuldades para desenvolver esse cuidado em razão da própria organização do serviço de atenção à saúde, que visibiliza metas quantitativas.

A falta de clareza da finalidade que direciona o processo de trabalho, bem como dos preceitos básicos da profissão favorece a reprodução de um cuidado desvirtuado do fazer próprio da enfermagem, repercutindo na valorização do saber técnico e procedimental em detrimento de aspectos relacionais envolvidos na interação do processo de cuidar.

É preciso fortalecer as enfermeiras para que, além do conhecimento e da habilidade para o cuidado pré-natal, estejam empoderadas para ter a atitude de desenvolvê-lo com competência, abrangendo as necessidades da gestante em sua integralidade e individualidade, assim também realizar o registro desse cuidado, que envolve também aspectos relacionais, inter e subjetivos da gestante, para que possa ser visualizado e valorizado pela equipe e gestão.

No âmbito da área técnica recomenda-se implementar as melhores evidências na prática profissional, para tal, necessita de processos sistematizados para que possam efetivamente alcançar os benefícios dos resultados almejados. Neste sentido, o presente estudo coaduna com o propósito de promover a reflexão-ação para o desenvolvimento da competência de enfermeiras da APS quanto ao cuidado pré-natal, fomentando a reflexão crítica dessa profissional em relação à própria prática e como os gestores poderiam contribuir para essa melhoria do cuidado com competência, com ações de educação permanente em saúde que promovam a reflexão sobre a própria prática.

Como recomendações à gestão, esta pesquisa confirma ações de âmbito individual e coletivo, refletindo-se na necessidade de esforço conjunto para efetivar um cuidado com competência durante o pré-natal. Os achados desta pesquisa colaboram ainda com educadores, para que possam fortalecer a enfermagem desde sua formação profissional, contribuindo para um cuidado com competência e para uma visibilidade da enfermagem como profissão.

No âmbito do ensino, faz-se necessária uma formação voltada para a autonomia e o fomento à liderança da enfermeira, para que possa delimitar seu campo de atuação e desenvolver efetivamente sua prática junto à equipe de saúde. Deve-se buscar incorporar à prática ações que evidenciem o conhecimento e saber científico de que a profissão dispõe, mantendo as características que a diferenciam quanto ao acolhimento, escuta ativa e formação de vínculo com usuário.

A formação tem papel primordial para a configuração de profissionais com competência que sejam capazes de desenvolvê-las frente às necessidades da prática cotidiana, reforçando os saberes da enfermagem como profissão, promovendo o reconhecimento e a valorização da própria identidade profissional para que, ao chegar à prática, possam identificar e delimitar suas atribuições na condição de membro da equipe e seu exercício profissional.

Destaca-se a necessidade de incorporação aos currículos de ensino da enfermagem de disciplinas que enfoquem os elementos intervenientes aqui apresentados, de maneira que a enfermeira possa lidar com eles no cotidiano da prática profissional, que incluam aspectos técnicos essenciais, mas que também promovam o resgate aos valores genuínos da profissão para fortalecer as futuras enfermeiras quanto

ao próprio conceito de ser enfermeira, de modo que a valorização do cuidado se inicie por si mesma, reverberando na equipe e na população.

Conclui-se desta pesquisa que promover reflexão-ação junto a enfermeiras quanto ao cuidado realizado promove o desenvolvimento da competência para o cuidado pré-natal. Nesse sentido, espera-se, com respaldo nos resultados desta tese, contribuir para a transformação do cuidado pré-natal realizado por enfermeiras na APS mediante reflexão-ação para efetivação de um cuidado integral e humanizado, podendo incidir em maior adesão ao pré-natal e para a efetiva participação da mulher no processo gestacional, bem como para o fortalecimento da Enfermagem como profissão.

REFERÊNCIAS

- ADAMS, H. A.; FEUDALE, R. M. Implementation of a Structured Rounding Tool for Interprofessional Care Team Rounds to Improve Communication And Collaboration in Patient Care. **Pediatric Nursing**, v. 44, n. 5, p. 229-235, 2018. Disponível em: <<https://www.pediatricnursing.net/issues/18sepoct/abstr3.html>>. Acesso em: 17 nov. 2019.
- AFONSO, M. L. M. et al. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
- AFSHAR, M.; SADEGHI-GANDOMANI, H.; ALAVI, N. M. A study on improving nursing clinical competencies in a surgical department: A participatory action research. **Nursing Open**, v. 7, n. 4, p.1052-1059, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.485>. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.485>>. Acesso em: 27 nov. 2020.
- ALANAZY, W.; BROWN, A. Individual and healthcare system factors influencing antenatal care attendance in Saudi Arabia. **BMC Health Serv Res**, 20, 49, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4903-6>. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-020-4903-6.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2020.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALKEMA, L. et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. **Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 462-74, 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7). Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0140673615008387?token=D1B57DA321ABE88FA068903E6BA4B3D95C6B312625DE4E8A5FDB9F8B89053ACDDFBD663E8273910DE05722CBFE4A29CE>>. Acesso em: 11 jun. 2020.
- ALL-PARTY PARLIAMENTARY GROUP ON GLOBAL HEALTH (APPG). **Triple Impact**: How developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. Londres: APPG, 2016.
- ARSENAULT, C. et al. Equity in antenatal care quality: an analysis of 91 national household surveys. **Lancet Glob Health**, v. 6, n. 11, p. e1186-e1195, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30389-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30389-9). Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30389-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30389-9/fulltext)>. Acesso em: 17 jul. 2020.
- ASMIRAJANTI, M.; HAMID, A. Y.; HARIYATI, R. T. Nursing care activities based on documentation. **BMC Nurs**. v. 18, 32, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-019->

0352-0. Disponível em: <<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-019-0352-0>>. Acesso em: 06 set. 2020.

ASSIS, J. T. et al. Identidade profissional do enfermeiro na percepção da equipe da estratégia saúde da família. **Revista Saúde e Ciência online**, v. 7, n. 3, p. 43-58, 2018. DOI: <https://doi.org/10.35572/rsc.v7i3.141>. Disponível em: <<https://doi.org/10.35572/rsc.v7i3.141>>. Acesso em: 29 out. 2020.

AVDIC, D. et al. Subjective and objective quality and choice of hospital: Evidence from maternal care services in Germany. **Journal of Health Economics**, v. 68, 102229, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.102229>. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167629618307495?via%3DiHub>>. Acesso em: 16 fev. 2020.

AVILA, L. I. et al. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 3, p.102-109, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2020.

AZEVEDO, A. R.; DUQUE, K. S. D. The caring versus the medicalization of health in the view of nurses from Primary Health Care. **Rev. APS**, v. 19, n. 3, p. 403-411, 2016. Disponível em: <<https://aps.uff.emnuvens.com.br/aps/article/view/2538/1017>>. Acesso em: 24 out. 2017.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. The (in)visibility of caring and of the profession of nursing in the relations space. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 6, p. 745-750. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000600005>. Disponível em: <<https://actaape.org/article/invisibilidade-do-cuidado-e-da-profissao-de-enfermagem-no-espaco-de-relacoes/>>. Acesso em: 12 nov. 2019.

BARBOSA, T. L. A.; GOMES, L. M. X.; DIAS, O. V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare enferm.**, v. 16, n. 1, p. 29-35, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648966004.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2019.

BELTRÁN-SALAZAR, O. A. Impersonal Care or Humanized Care: a Decision Made by Nurses? Hourglass Model. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 34, n. 3, p. 444-455, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v34n3a03>. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/6550>>. Acesso em: 04 dez. 2020.

BENEDET, D. C. F. et al. Competência da enfermeira no cuidado pré-natal: potencialidades, entraves e possibilidades. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 9, e3544, 2019. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3544>. Disponível em: <<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3544/2288>>. Acesso em: 28 nov. 2020.

BENEDET, D. C. F. et al. Fortalecimento de enfermeiras no cuidado pré-natal através da reflexão-ação. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 42, e20200187, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200187>. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/111953>. Acesso em: 10 fev. 2021.

BOMFIM, R. A. Competência profissional: uma revisão bibliográfica. **Revista Organização Sistêmica**, v. 1, n. 1, p. 47-63, 2012. Disponível em: <https://www.tc.df.gov.br/app/biblioteca/pdf/AR500493.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BURHANS, L. M.; ALLIGOOD, M. R. Quality nursing care in the words of nurses. **J Adv Nurs**, v. 66, n. 8, p. 1689–1697, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05344.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2010.05344.x>. Acesso em: 12 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 1.133, de 01 de outubro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1E, p. 131, 3, out de 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>. Acesso em: 21 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica nº 22. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, ano V, maio/junho, 2004b. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pactopsfinfo22.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3ª ed – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf. Acesso em: 11 jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 88,31 dez. 2010. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 05 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gravidez_parto_nascimento_saude_qualidade.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 06 mar. 220.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 112, seção 1, p. 59, 13 jun. 2013c. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento**, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://www.redehumanizausus.net/sites/default/files/caderno_humanizausus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acesso em: 23 out. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ed. 98, seção 1, p. 44, 24 maio 2016. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22917581>. Acesso em: 14 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **DATASUS**. Informações de Saúde (TABNET). 2018. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>>. Acesso em: 11 set. 2018.

BRÜHLMEIER, A. **Head, Heart and Hand**: Education in the Spirit of Pestalozzi. Open Book Publishers, 2010.

BUTLER, M. M.; FULLERTON, J. T.; AMAN, C. Competence for basic midwifery practice: Updating the ICM essential competencies. **Midwifery**, v. 66, p. 168-175, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.011>>. Acesso em: 09 ago. 2019.

BUTLER, M. M. et al. Evaluating midwife-led antenatal care: choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. **Midwifery**, v. 31, n. 4, p. 418-25, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.002>. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.12.002>>. Acesso em: 11 ago. 2019.

CALLISTER, L. C.; EDWARDS, J. E. Sustainable Development Goals and the Ongoing Process of Reducing Maternal Mortality. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 46, n. 3, p. e56-e64, 2017. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2016.10.009>. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0884217516304749>>. Acesso em: 29 mar. 2018.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ** (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ**. Laboratório de Psicologia social da Comunicação e Cognição. UFSC. 21 nov. 2018. Disponível em: <<http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

CARDELLI, A. A. M. et al. Expectations and satisfaction of pregnant women: revealing prenatal care in primary care. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 34, n. 2, p. 252-260, 2016. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a04>. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28569928/>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

CARPES, A. D.; ZAMBERLAN, C.; COSTENARO, R. G. S. Pesquisa-ação em saúde associada a outros dispositivos e ferramentas. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (orgs.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem em saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 9273, 26 jun. 1986. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7498-25-junho-1986-368005-norma-pl.html>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil**. 2015. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 0516, de 24 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetriz na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetriz no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 121, seção 1, p. 92, 23 jun. 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html>. Acesso em: 19 mar. 2020.

COSTA, P. C. P.; GARCIA, A. P. R. F.; TOLEDO, V. P. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. **Texto Contexto – Enferm**, v. 25, n. 1, e4550015, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/pt_0104-0707-tce-25-01-4550015.pdf>. Acesso em: 23 maio 2018.

COWAN, D. T.; NORMAN, I.; COOPAMAH, V. P. Competence in nursing practice: A controversial concept - A focused review of literature. **Nurse educ Today**, v. 25, p. 355-362, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.03.002>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRISP, N.; IRO, E. Nursing Now campaign: raising the status of nurses. *Lancet*, v. 391, n. 10124, p. 920-21, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30494-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30494-X). Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30494-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30494-X/fulltext)>. Acesso em: 13 abr. 2020.

CROSSON, J. J. Physician and Nurse Practitioner Teamwork Sustains the Primary Care Workforce. **J Gen Intern Med**, v. 35, p. 990–991, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05661-0>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-020-05661-0>. Acesso em: 17 nov. 2020.

CRUZ, R. S. B. L. C.; CAMINHA, M. F. C.; BATISTA FILHO, M. Historical, conceptual and organizational aspects of prenatal care. **Rev. bras. ciênc. saúde.**, v. 18, n. 1, p. 87-94, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/15780>. Acesso em: 15 jul. 2019.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Assistência ao pré-natal, parto e puerpério**. Curitiba: SMS, 2019.

DAHL, B.; HEINONEN, K.; BONDAS, T. E. From Midwife-Dominated to Midwifery-Led Antenatal Care: A Meta-Ethnography. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 23, 8946, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17238946>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/23/8946>. Acesso em: 13 dez. 2020.

DRAHOŠOVÁ, L.; JAROŠOVÁ, D. Concept caring in nursing. **Centr Eur J Nurs Midw**, v. 7, n. 2, p. 453-460, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.15452/CEJNM.2016.07.0014>. Disponível em: <http://cejnm.osu.cz/pdfs/cjn/2016/02/07.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2020.

DOWNE, S. et al. What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. **BJOG**, v. 123, p. 529-539, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13937>. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.13819>. Acesso em: 28 abr. 2018.

DOWNE, S. et al. Provision and uptake of routine antenatal services: a qualitative evidence synthesis. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 6, CD012392, 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012392.pub2>. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012392.pub2/epdf/abstract>. Acesso em: 19 nov. 2020.

DOWSWELL, T. et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 7, CD000934, 2015. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000934.pub3>. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000934.pub3/epdf/full>. Acesso em: 09 abr. 2019.

DRESDALE, R. What Are 'Slash' Careers And Why You Need One. **Forbes**. Nova Iorque, 27 jul. 2018. Disponível em: <https://bit.ly/30yR1Kh>. Acesso em: 15 nov. 2018.

ESTRELA, F. M. et al. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis**, v. 30, n. 2, e300215, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300215>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312020000200314&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 nov. 2020.

FAVERO, L.; WALL, M. L.; LACERDA, M. R. Conceptual differences in terms used in the scientific production of brazilian nursing. **Texto contexto – enferm.**, v. 22, n. 2, p. 534-542, 2013. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2013pdf/e22-534.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2017.

FERINGA, M. M.; DE SWARDT, H. C.; HAVENGA, Y. Registered nurses' knowledge, attitude, practice and regulation regarding their scope of practice: A literature review. **Int J Afr Nurs Sci**, v. 8, p. 87-97, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.04.001>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214139117300835?via%3Dihub>. Acesso em: 14 fev. 2019.

FERNANDES, M. C. et al. Identity of primary health care nurses: perception of “doing everything”. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 1, p. 142-7, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0382>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100142&lng=en&tlng=en. Acesso em: 09 abr. 2020.

FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. Construindo o conceito de competência. **Rev. Adm. Contemp.**, v. 5, n. spe, p. 183-196, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-6552001000500010&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 14 mar. 2019.

FORTE, F. D. S. et al. Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 58, p. 787-796, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0720>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2016.v20n58/787-796/>. Acesso em: 25 out. 2019.

FRACOLLI, L. A.; CASTRO, D. F. A. Competência do enfermeiro na atenção básica: em foco a humanização do processo de trabalho. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 427-432, 2012. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/4.pdf. Acesso em: 18 out. 2019.

FULLERTON, J. et al. Competence and competency: Core concepts for international midwifery practice. **Int J Childbirth**, v. 1, n. 1, p. 4-12, 2011. DOI: <https://dx.doi.org/10.1891/2156-5287.1.1.4>. Disponível em: <https://connect.springerpub.com/content/sgriyc/1/1/4>. Acesso em: 23 set. 2019.

GATTAL, M. C. P. A fragilidade da classificação das competências. **Psic. Rev.**, v. 22, n. 1, p. 9-42, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/16656> . Acesso em: 13 fev. 2018.

GODSEY, J. A.; HOUGHTON, D. M.; HAYES, T. Registered nurse perceptions of factors contributing to the inconsistent brand image of the nursing profession. **Nurs Outlook**, v. 68, n. 6, p. 808-821, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.06.005>. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.06.005>. Acesso em: 30 out. 2020.

GONÇALVES, M. D.; KOWALSKI, I. S. G.; SÁ, A. C. Atenção ao pré-natal de baixo risco: atitudes dos enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 24, n. 6, e18736, 2016. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.18736>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/18736>. Acesso em: 04 set. 2020.

GOMES, C. B. A. et al. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto Contexto – Enferm**, v. 28, e20170544, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0544>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100320&tlng=en. Acesso em: 11 jan. 2021.

GUERREIRO, E. M. et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **REME Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 3, p. 315-323, 2012. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n3a02.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2020.

HEREDA-PI, I. et al. Measuring the adequacy of antenatal health care: a national cross-sectional study in Mexico. **Bull World Health Organ**, v. 94, p. 452-61, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.168302>. Disponível em: <https://www.who.int/bulletin/volumes/94/6/15-168302/en/>. Acesso em: 14 set. 2018.

HOEVE, Y. T.; JANSEN, G.; ROODBOL, P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. **J Adv Nurs**, v. 70, n. 2, p. 295–309, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.12177>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.12177>. Acesso em: 30 maio 2019.

HUNTER, A. et al. Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: thematic analysis of women's and clinicians experiences. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 17, 322, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1521-3>. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1521-3>. Acesso em: 22 jan. 2018.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice**. ICM: 2019. Disponível em:

<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/icm-competencies-en-print-october-2019_final_18-oct-5db05248843e8.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2020.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). **ICM Glossary of Terms**. ICM: 2011. Revisado 2017a. Disponível em: <[https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/SPANISH%2015.2%20ICM%20Glossary%20%20for%20Council%202017-%20Final-3_ESamended\[2\].pdf](https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/SPANISH%2015.2%20ICM%20Glossary%20%20for%20Council%202017-%20Final-3_ESamended[2].pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2017.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). **Position statement: Definition of the Midwife**. The Hague: ICM: 2011. Revisado 2017b. Disponível em: <https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ENG%20Definition_of_the_Midwife%202017.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2017.

KAMIL, H.; RACHMAH, R.; WARDANI, E. What is the problem with nursing documentation? Perspective of Indonesian nurses. **Int J Afr Nurs Sci**, v. 9, p. 111-114, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.09.002>. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214139117301208?via%3Dihub>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

KARANIKOLA, M. et al. A Phenomenological Investigation of the Interplay Among Professional Worth Appraisal, Self-Esteem and Self-Perception in Nurses: The Revelation of an Internal and External Criteria System. **Front. Psychol**, v. 9, p.1805, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01805>. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01805/full>>. Acesso em: 08 mar. 2019.

KARLSSON, H.; PENNBRANT, S. Ideas of caring in nursing practice. **Nurs Philos**, v. 21, n. 4, e12325, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/nup.12325>. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nup.12325>>. Acesso em: 12 dez. 2020.

KEBEDE, M.; ENDRIS, Y.; ZEGEYE, D.T. Nursing care documentation practice: The unfinished task of nursing care in the University of Gondar Hospital. **Inform Health Soc Care**, v. 42, n. 3, p. 290-302, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/17538157.2016.1252766>. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17538157.2016.1252766>>. Acesso em: 22 jun. 2019.

KENNEDY, H. P. et al. Asking different questions: a call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. **Birth**, v. 45, n. 3, p. 1-10, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/birt.12361>. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/birt.12361>>. Acesso em: 26 jul. 2019.

KIEFT, R. A. et al. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. **BMC Health Serv Res.** v. 14, 249, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-249>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-249>. Acesso em: 11 ago. 2018.

KHAN, B. P.; GRIFFIN, M. G.; FITZPATRICK, J. J. Staff Nurses' Perceptions of Their Nurse Managers' Transformational Leadership Behaviors and Their Own Structural Empowerment. **J Nurs Adm**, v. 48, n. 12, p. 609-614, 2018. DOI: <https://dx.doi.org/10.1097/NNA.0000000000000690>. Disponível em: https://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2018/12000/Staff_Nurses__Perceptions_of_Their_Nurse_Managers_.8.aspx. Acesso em: 28 jun. 2019.

KHOMAMI, H. M.; RUSTOMFRAM, N. Nursing efficiency in patient care: A comparative study in perception of staff nurse and hospital management in a trust hospital. **J Family Med Prim Care**, v. 8, n. 5, p. 1550-1557, 2019. DOI: https://dx.doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_37_19. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6559059/>. Acesso em: 19 jul. 2020.

KHOMEIRAN, R. T. et al. Professional competence: factors described by nurses as influencing their development. **Int Nurs Rev**, v. 53, n. 1, p. 66–72, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2006.00432.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1466-7657.2006.00432.x>. Acesso em: 02 abr. 2019.

LACERDA, M. R. Valuation and visibility of nursing. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2018/08/60363-237201-1-PB.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2019.

LEAL, M. C. et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 54, n. 8, 2020. DOI: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102020000100206&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 14 ago. 2020.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. 3ª. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEONELLI, L. B. et al. Perceived stress among Primary Health Care Professionals in Brazil. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 20, n. 2, p. 286-298, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700020009>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000200286&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 jan. 2021.

LIBINGI, L. M.; NGOMA, C. M.; BANDA, Y. Antenatal care: assessing Zambian midwives' knowledge and skills. **Afr J Midwifery Women's Health**, v. 13, n. 2, p. 1-7, 2019. DOI: <https://doi.org/10.12968/AJMW.2017.0040>. Disponível em:

<<https://www.magonlinelibrary.com/doi/full/10.12968/AJMW.2017.0040>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

LIMA, E. F. A. et al. Social and professional profile of family healthcare team members. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 24, n. 1, e9405, 2016. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.9405>. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/9405>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

LIMA, R. S. et al. Construction of professional identity in nursing students: qualitative research from the historical-cultural perspective. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, e3284, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3820.3284>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3284.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2020.

LIVRAMENTO, D. V. P. et al. Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 40, e20180211, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000100420&lng=pt>. Acesso em: 15 out. 2019.

LOPERA-ARANGO, A. M. Cuidar al paciente sin estar con él: invisibilidad del cuidado de enfermería en servicios de hospitalización. **Invest. educ. Enferm.**, v. 36, n. 3, e10, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v36n3a10>. Disponível em: <<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/336250/20791766>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

LÓPEZ-ENTRAMBASAGUAS, O. M. et al. Quality Assurance in Nursing Education: A Qualitative Study Involving Students and Newly Graduated Nurses. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 1, 240, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17010240>. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/17/1/240>>. Acesso em: 26 mar. 2020.

MAHARAJ, S.; LESS, T.; LAL, S. Prevalence and Risk Factors of Depression, Anxiety, and Stress in a Cohort of Australian Nurses. **Int J Environ Res Public Health**, v. 16, n. 1, 61, 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph16010061>. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/16/1/61>>. Acesso em: 15 maio 2019.

MAIA, V. K. V. et al. Avaliação da qualidade de um sistema de informação de pré-natal. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 3, e67747, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.67747>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300406&lng=pt&lng=pt>. Acesso em: 14 jul. 2018.

MANITHIP, C.; EDIN, K.; SIHAVONG, A.; WAHLSTRÖM, R.; WESSEL, H. Poor quality of antenatal care services—Is lack of competence and support the reason? An

observational and interview study in rural areas of Lao PDR. **Midwifery**, v. 29, n. 3, p.195-202, 2013.

MCCOURT, C. Technologies of birth and models of midwifery care. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 48, n. esp., p. 168-177, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342014000700168&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 ago. 2018.

MCCLENDON, P. Authentic caring: Rediscover the essence of nursing. **Nurs Manage.** v. 48, n. 10, p. 36-41, 2017. DOI: <https://dx.doi.org/10.1097/01.numa.0000524813.18664.7c>. Disponível em: <https://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2017/10000/Authentic_caring___Rediscover_the_essence_of.8.aspx>. Acesso em: 22 nov. 2018.

MELO, L. P. Enfermagem como uma ciência humana centrada no cuidado. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v. 20, e979, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160049>. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e979_en.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2017.

MELO, D. B. M. et al. Consulta de enfermagem no pré-natal: representações sociais de gestantes. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 10, p. 1-18. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769237235>. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/37235/pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2020.

MIGOTTO, S. et al. Gender issues in physician-nurse collaboration in healthcare teams: Findings from a cross-sectional study. **J Nurs Manag**, v. 27, n. 8, p. 1773-1783, 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/jonm.12872>. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12872>>. Acesso em: 18 dez. 2019.

MOLLER, A. B. et al. Monitoring maternal and newborn health outcomes globally: a brief history of key events and initiatives. **Trop Med Int Health**, v. 24, n. 12, p. 1342-1368, 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/tmi.13313>. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.13313>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

MOURA, A. et al. Fatores associados à ansiedade entre profissionais da atenção básica. **Rev. Port. Enferm. Saúde Mental**, n. 19, p. 17-26, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0198>. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602018000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2021.

NARCHI, N. Z. Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil. **Midwifery**, v. 27, n. 1, p. 23-29, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.04.007>. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613809000564>>. Acesso em: 04 jun. 2019.

NETTO, L.; SILVA, K. L. Reflective practice and the development of competencies for health promotion in nurses' training. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 52, e03383, 2018. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017034303383>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100481&lng=en&tlng=en. Acesso em: 22 fev. 2019.

NOVICK, G. Women's experience of prenatal care: an integrative review. **J Midwifery Womens Health**, v. 54, n. 3, p.226-37, 2009.

NUNES, J. T. et al. Quality of prenatal care in Brazil: review of published papers from 2005 to 2015. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201600020171>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2016000200252&script=sci_arttext. Acesso em: 09 abr. 2018.

OLIVEIRA, K. K. D. et al. Nursing Now e o papel da enfermagem no contexto da pandemia e do trabalho atual. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 42, n. esp, e20200120, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200120>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v42nspe/pt_1983-1447-rgenf-42-spe-e20200120.pdf. Acesso em: 13 fev. 2021.

OLONADE, O. et al. Maternal Mortality and Maternal Health Care in Nigeria: Implications for Socio-Economic Development. **Open Access Maced J Med Sci**, v. 7, n. 5, p. 849-855, 2019. DOI: <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.041>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6447322/>. Acesso em: 30 ago. 2019.

OKAISU, E. M. et al. Improving the quality of nursing documentation: An action research project. **Curationis**, v. 37, n. 2, a1251, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.4102/curationis.v37i1.1251>. Disponível em: https://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-62792014000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **ESTRATEGIA MUNDIAL PARA LA SALUD DE LA MUJER, EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE (2016-2030)**: Sobrevivir, prosperar y transformar. 2015a. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1. Acesso em: 22 mar. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. 2015b. Disponível em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/L.1&referer=/english/&Lang=E. Acesso em: 22 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Centro Latino-Americano de Perinatologia. Saúde da Mulher e Reprodutiva (CLAP/SMR). **Conjunto de ferramentas**

para o fortalecimento da Obstetrícia. Montevideu: CLAP/SMR, 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones&alias=431-conjunto-de-ferramentas-para-o-fortalecimento-da-parteria-nas-americas&Itemid=219&lang=en>. Acesso em: 18 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde.** Washington, D.C.: OPAS, 2018.

O'ROURKE, M. W.; WHITE, A. Professional role clarity and competency in health care staffing-the missing pieces. **Nurs Econ**, v. 29, n. 4, p. 183-8, 2011. Disponível em: <<https://www.uclahealth.org/nursing/workfiles/PRD/ProfessionalRoleClarityandCompetencyinHealthCareStaffing.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

PAI, H-C. et al. The mediating effect of self-reflection and learning effectiveness on clinical nursing performance in nursing students: A follow-up study. **J Prof Nurs**, v. 33, n. 4, p. 287-292, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2017.01.003>. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S8755722317300315?via%3Dihub>>. Acesso em: 16 out. 2020.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Caderno de atenção ao pré-natal risco habitual.** Curitiba: SESA, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha Guia: Rede Mãe Paranaense.** 7ª ed. Curitiba: SESA, 2018. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf>. Acesso em: 21 maio 2018.

PEAHL, A. F.; HOWELL, J. D. The evolution of prenatal care delivery guidelines in the United States. **Am J Obstet Gynecol**, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.12.016>. Disponível em: <[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(20\)31391-0/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(20)31391-0/fulltext)>. Acesso em: 12 jan. 2021.

PELL, C. et al. Factors affecting antenatal care attendance: results from qualitative studies in Ghana, Kenya and Malawi. **PLoS One**, v. 8, n. 1, e53747, 2013. DOI: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0053747>. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0053747>>. Acesso em: 14 mar. 2019.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola.** Porto Alegre: Artmed Editora, 1999.

_____. **Desenvolver competências ou ensinar saberes? A escola que prepara para a vida.** Porto Alegre: Penso, 2013.

PHILLIPPI, J. C. et al. Facilitators of prenatal care in an exemplar urban clinic. **Women Birth**, v. 29, n. 2, p. 160-7, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.09.007>. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519215003200?via%3Dihub>>. Acesso em: 30 maio 2018.

PILER, A. A. et al. Protocolo de boas práticas obstétricas para os cuidados de Enfermagem no processo de parturição. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v. 23, e-1254, 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190102>. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/en_1254.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2019.

PINHAIS. **Prefeitura de Pinhais**. [s/data]. Disponível em: <<http://www.pinhais.pr.gov.br/turismo/FreeComponent89content12622.shtml>>. Acesso em: 21 ago 2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Decreto nº 329/2019**. Estabelece os procedimentos técnicos concernentes aos servidores públicos municipais investidos em cargo, emprego ou função de enfermeiro. Pinhais, 14 maio 2019. Disponível em: <<https://pinhais.atende.net/?pg=diariooficial&edicao=586>>. Acesso em: 17 fev. 2018.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão – 2019**. Pinhais: SMS, 2020. Disponível em: <<https://pinhais.atende.net/atende.php?rot=1&aca=119&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1588007705467&file=1BAE0870C10EB1138A9EB5F015A6B3A0692DC15B&sistema=WPO&classe=UploadMidia>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

POORTAGHI, S. et al. Significant influencing factors and practical solutions in improvement of clinical nursing services: a Delphi study. **BMC Health Serv Res**, v. 20, 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4781-y>. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4781-y>>. Acesso em: 22 jan. 2020.

PRICILLA, R. A. et al. Satisfaction of antenatal mothers with the care provided by nurse-midwives in an urban secondary care unit. **J Family Med Prim Care**, v. 5, p. 420-3, 2016. Disponível em: <<https://www.jfmprc.com/text.asp?2016/5/2/420/192359>>. Acesso em: 03 mar. 2020.

PUGLIESE-GARCIA, M. et al. Temporal and regional variations in use, equity and quality of antenatal care in Egypt: a repeat cross-sectional analysis using Demographic and Health Surveys. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 19, 268, 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186/s12884-019-2409-1>. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-019-2409-1.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2020.

QUEIRÓS, P. J. P. et al. Meanings assigned to the concept of caring. **Rev. Enf. Ref.**, Série IV, n. 10, p. 85-94, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16022>.

Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832016000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 jul. 2017.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis**, v. 21, n. 3, p. 1139-1160, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mar. 2018.

RIOS, T. A. **Ética e competência**. 20ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RIZANY, I.; HARIYATI, R. T. S.; HANDAYANI, H. Factors that affect the development of nurses' competencies: a systematic review. **Enferm Clin**, v. 28, supl. 1, p. 154-157, 2018. DOI: [https://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30057-3](https://dx.doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30057-3). Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862118300573?via%3DiHub>>. Acesso em: 08 nov. 2018.

ROVAL, E. **Competência e Competências**: contribuição crítica ao debate. São Paulo: Cortez, 2010.

RUTHERFORD, M. A. Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice? **Online J Issues Nurs**, v. 13, n. 1, 2008. DOI: <https://dx.doi.org/10.3912/OJIN.Vol13No01PPT05>. Disponível em: <<http://himssni.pbworks.com/f/Standard+Nursing+Language+OJIN.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2018.

SAAD-HADDAD, G. et al. Patterns and determinants of antenatal care utilization: analysis of national survey data in seven countdown countries. **J Glob Health**, v. 6, n. 1, 010404, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.7189/jogh.06.010404>. Disponível em: <<http://www.jogh.org/documents/issue201601/jogh-06-010404.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

SABANCIOGULLARI, S.; DOGAN, S. Professional Self-Concept in Nurses and Related Factors: A Sample from Turkey. **Int J Caring Sci**, v. 10, n. 3, p. 1676-85, 2017. Disponível em: <http://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/63_6_sabanciogullari_original_10_3.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2018.

SALVIANO, M. E. M. et al. Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 1172-7, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0331>. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601240&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 23 jun. 2018.

SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Syst Rev**, n. 9, CD004667, 2015. DOI: <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub4>. Disponível em:

<<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub4/epdf/abstract>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

SANTOS, A. G. et al. O cuidado em enfermagem analisado segundo a essência do cuidado de Martin Heidegger. **Rev Cubana Enferm**, v. 33, n. 3, 2017. Disponível em: <<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1529/295>>. Acesso em: 24 jun. 2019.

SAQUIB, N. et al. Association of cumulative job dissatisfaction with depression, anxiety and stress among expatriate nurses in Saudi Arabia. **J Nurs Manag**, v. 27, n. 4, p. 740-748, 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/jonm.12762>. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12762>>. Acesso em: 09 set. 2019.

SERRANO, M. T. P.; COSTA, A. S. M. C.; COSTA, N. M. V. N. Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). **Rev. Enf. Ref.**, série III, n. 3, p. 15-23, 2011. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 maio 2018.

SHAMIAN, J. Interprofessional collaboration, the only way to Save Every Woman and Every Child. **Lancet**, v. 384, n. 9948, p. e41-e42, 2014. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60858-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60858-8). Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60858-8/fulltext?rss=yes](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60858-8/fulltext?rss=yes)>. Acesso em: 09 abr. 2019.

SILVA, A. A. et al. Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 9, e15, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769232336>. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/32336/pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2019.

SOARES, C. B.; SOUZA, H. S.; CAMPOS, C. M. S. Procesos de trabalho e Enfermagem: uma contribuição a partir da Saúde Coletiva. In: SOUZA, H. S.; MENDES, A. (Orgs.). **Trabalho e Saúde no Capitalismo Contemporâneo: Enfermagem em foco**. Rio de Janeiro: DOC Content, 2016.

SOUZA, M. A. R. et al. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 52, e03353, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100444&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jun. 2020.

SOUZA, M. A. R. et al. Prenatal as a facilitator in the participation of companions during labor and delivery process. **R. Pesqui.: Cuid. Fundam. Online**, v. 12, n. 1, p. 196-102, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7201>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/7201/pdf_1>. Acesso em: 09 jan. 2021.

TENAW, Z.; YOHANNES, Z.; AMANO, A. Obstetric care providers' knowledge, practice and associated factors towards active management of third stage of labor in Sidama Zone, South Ethiopia. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 17, 292, 2017. DOI: <https://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1480-8>. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1480-8>. Acesso em: 10 mar. 2020.

TOMASI, E. et al. Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. **Cad. Saude Publica**, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00195815>. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/28380149>. Acesso em: 13 fev. 2020.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.

TONIN, L. et al. Diário de campo na pesquisa qualitativa de enfermagem: da teoria à prática. In: LACERDA, M. R.; RIBEIRO, R. P.; COSTENARO, R. G. S. (orgs.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem em saúde: da teoria à prática**, v. 2. Porto Alegre: Moriá, 2018.

TURKEL, M. C.; WATSON, J.; GIOVANNONI, J. Caring Science or Science of Caring. **Nurs Sci Q**, v. 31, n. 1, p. 66-71, 2018. DOI: <https://dx.doi.org/10.1177/0894318417741116>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0894318417741116>. Acesso em: 12 out. 2019.

UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). **El estado de las parteras en el mundo: hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer**. New York: UNFPA, 2014.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). **Glossary of curriculum terminology**. Paris: UNESCO, 2016.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 1, p. 106-113, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100016&lng=pt. Acesso em: 18 out. 2018.

WALL, M. L. Contribuições do cuidado em enfermagem à mulher. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 3, p. 1203-1204, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-201871sup301>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000901203&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 jul. 2018.

WIDARSSON, M. et al. Newly Graduated Swedish Nurses' Inadequacy in Developing Professional Competence. **J contin educ nurs**, v. 51, n. 2, p. 65-74, 2020. DOI:

<https://doi.org/10.3928/00220124-20200115-05>. Disponível em: <<https://www.healio.com/nursing/journals/jcen/2020-2-51-2/%7Bf12f8b07-53da-42ee-a37f-4cdb1bd4ceb6%7D/newly-graduated-swedish-nurses-inadequacy-in-developing-professional-competence.pdf?fat=undefined>>. Acesso em: 19 out. 2020.

WILSON, R. L. et al. The state of the nursing profession in the International Year of the Nurse and Midwife 2020 during COVID-19: A Nursing Standpoint. **Nurs Philos**, v. 21, n. 3, e12314, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111%2Fnup.12314>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7404428/>>. Acesso em: 08 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/193994/WHO_RHR_15.23_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 22 mai 2018.

_____. **Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020**. Geneva: WHO, 2016a.

_____. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva: WHO, 2016b.

_____. **Optimizing the contributions of the nursing and midwifery workforce to achieve universal health coverage and the Sustainable Development Goals through education, research and practice**. Geneva: WHO, 2017.

_____. **Strengthening nursing in primary care in Poland**. WHO European Centre for Primary Health Care, Health Services Delivery Programme, Division of Health Systems and Public Health. Denmark: World Health Organization, 2019. Disponível em: <https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/405719/POL-web-240619.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2020.

_____. **State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership**. Geneva: WHO: 2020.

XU, J. et al. A contemporary understanding of nurses' workplace social capital: A response to the rapid changes in the nursing workforce. **J Nurs Manag**, v. 28, n. 2, p. 247-58, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12914>. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12914>>. Acesso em: 08 mar. 2020.

APÊNDICE I – DOCUMENTO – COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS PARA A PRÁTICA DA OBSTETRÍCIA* (ICM, 2019).

CATEGORIA 1 - COMPETÊNCIAS GERAIS: aborda as responsabilidades da profissional enquanto profissional da saúde, a relação com a mulher e outros provedores de cuidado e atividades de cuidado que se aplicam a todos os aspectos da prática obstétrica		
COMPETÊNCIA	CONHECIMENTOS	HABILIDADES E ATITUDES
1.a Assumir a responsabilidade por suas próprias decisões e ações como um profissional autônomo	Princípios de responsabilidade e transparência	(H1a) Demonstrar comportamento ao público que defenda a confiança na profissão
	Princípios e conceitos de autonomia	(H2a) Participar da auto avaliação, revisão por pares e outras atividades de melhoria da qualidade
	Princípios de auto avaliação e prática reflexiva	(H3a) Equilibrar a responsabilidade de prestar o melhor atendimento profissional e manter a autonomia da mulher para tomar suas próprias decisões
	Crenças pessoais e sua influência na prática	(H4a) Explicar o papel da enfermeira na prestação de cuidados embasando-se legalmente, na ética e em evidências
	Conhecimento da prática baseada em evidências	
1.b Assumir a responsabilidade pelo autocuidado e pelo autodesenvolvimento como profissional	Estratégias para gerenciar a segurança pessoal, particularmente dentro da instalação ou ambiente comunitário	(H1b) Mostrar habilidades em gestão de si em relação à gestão do tempo, incerteza, mudança e lidar com o estresse
		(H2b) Assumir a responsabilidade pela segurança pessoal em vários contextos de prática
		(H3b) Manter habilidades e conhecimentos atualizados sobre protocolos, diretrizes e práticas seguras
		(H4b) Manter-se atualizado na prática, participando da educação profissional continuada (por exemplo, participando de oportunidades de aprendizagem que aplicam evidências para melhorar a prática e o atendimento, como revisões de mortalidade ou revisões de políticas)
		(H5b) Identificar e abordar limitações em habilidades pessoais, conhecimento ou experiência

*Tradução livre realizada pela autora em: BENEDET, D.C.F. **A competência da enfermeira para o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde:** Pesquisa-ação. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

Para acessar o material original consultar em: **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice: 2018 Update – Final version published January 2019. Available from** International Confederation of Midwives - <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>

			(H6b) Promover a profissão, incluindo a participação em organizações profissionais a nível local e nacional
1.c Delegar adequadamente aspectos de cuidado e fornecer supervisão	Políticas e regulamentos relacionados à delegação		(H1c) Supervisionar para garantir uma prática alinhada às diretrizes de uma prática baseada em evidência
	Uso de estratégias de apoio para supervisão		
	Papel profissional como preceptores, mentores, e modelos a seguir		(H2c) Apoiar o crescimento da profissão mediante participação na educação em obstetrícia nos papéis de preceptor clínico, mentor e modelo
1.d Usar pesquisas para informar a prática	Recomendações globais para a prática e seus embasamentos em evidências (ex. Diretrizes OMS,...)		
	Princípios de pesquisa e prática baseada em evidências		(H1d) Discutir resultados de pesquisas com mulheres e colegas
	Conceitos epidemiológicos relevantes para saúde materna e infantil		(H2d) Apoiar pesquisas na enfermagem participando da condução de pesquisas
1.e Defender os direitos humanos fundamentais dos indivíduos quando prestam cuidados	Leis e / ou códigos que protegem os direitos humanos		(H1e) Fornecer informações às mulheres sobre seus direitos de saúde sexual e reprodutiva
	Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e adolescentes		(H2e) Informar as mulheres sobre o escopo de práticas de obstetrícia e sobre os direitos e responsabilidades das mulheres
	Desenvolvimento de identidade de gênero e orientação sexual		(H3e) Fornecer informações e suporte para indivíduos em situações complexas onde estão conflitantes princípios éticos e direitos
	Princípios de ética e direitos humanos dentro da prática profissional		(H4e) Atuar em conformidade aos padrões filosóficos e código de ética da ICM e da legislação nacional para profissionais de saúde
			(H5e) Fornecer cuidados sensíveis ao gênero
1.f Aderir às leis jurisdicionais, requisitos regulamentares e	Leis e regulamentos de jurisdição em relação à obstetrícia		(H1f) Atuar de acordo com os requisitos legais e princípios éticos
	Padrões de prática de obstetrícia à níveis Nacional / Estadual / Local		(H2f) Atender aos requisitos de manutenção do registro profissional

*Tradução livre realizada pela autora em: BENEDET, D.C.F. **A competência da enfermeira para o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde:** Pesquisa-ação. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

Para acessar o material original consultar em: **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice: 2018 Update – Final version published January 2019. Available from** International Confederation of Midwives - <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>

códigos de conduta para prática de obstetrícia	Princípios éticos	(H3f) Proteger a confidencialidade das informações (oral + registro) sobre o cuidado de mulheres e crianças (H4f) Manter registros de cuidados conforme exigido pela autoridade de saúde (H5f) Cumprir com a regulamentação local de relatórios do registro de nascimento e morte (H6f) Reconhecer violações de leis, regulamentos e códigos de ética e tomar a ação apropriada (H7f) Relatar e documentar incidentes e resultados adversos como requerido enquanto prestador de cuidados
	ICM e outras filosofias, valores, códigos de ética	(H1g) Advogar e apoiar as mulheres para serem as tomadoras centrais de decisões em seus cuidados
	Normas e práticas culturais envolvendo sexualidade, práticas sexuais, casamento, a gravidez e parentalidade	(H2g) Ajudar as mulheres a identificar suas necessidades, conhecimentos, habilidades, sentimentos e preferências ao longo do cuidado
	Princípios de empoderamento	(H3g) Fornecer informações e orientação antecipadamente sobre saúde sexual e reprodutiva para auxiliar na tomada de decisões das mulheres
	Métodos para educação em saúde para indivíduos, grupos e comunidades	(H4g) Colaborar com as mulheres no desenvolvimento de um plano abrangente de cuidados que respeite suas preferências e decisões
1.g Facilitar às mulheres quanto a escolhas individuais sobre os cuidados	Papel e responsabilidades da enfermeira e outros provedores de saúde materno-infantil	(H1h) Ouvir os outros de maneira imparcial e empática
	Princípios de comunicação eficaz	(H2h) Respeitar o ponto de vista de outros
	Princípios de efetivo trabalho em equipes de saúde	(H3h) Promover a expressão de diversas opiniões e perspectivas
	Práticas culturais e crenças relacionadas com a gravidez e saúde reprodutiva	(H4h) Utilizar o idioma preferido da mulher ou um intérprete para maximizar a comunicação
	Princípios de comunicação em situações de crise, por ex. tristeza e perda, emergências	(H5h) Estabelecer limites éticos e culturalmente apropriados entre relacionamentos profissionais e não profissionais
1.h Demonstrar comunicação interpessoal eficaz com mulheres e famílias, equipes de saúde e grupos comunitários		

*Tradução livre realizada pela autora em: BENEDET, D.C.F. **A competência da enfermeira para o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde:** Pesquisa-ação. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

Para acessar o material original consultar em: **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice: 2018 Update – Final version published January 2019. Available from** International Confederation of Midwives - <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>

		(H6h) Demonstrar sensibilidade cultural à mulheres, famílias e comunidades (H7h) Demonstrar sensibilidade e empatia por mulheres enlutadas e familiares (H8h) Facilitar o trabalho em equipe e o cuidado interprofissional com outros provedores de cuidados (incluindo estudantes) e grupos comunitários / agências (H9h) Estabelecer e manter relacionamentos colaborativos com indivíduos, agências, instituições que fazem parte de redes de referência (H10h) Transmitir informações com precisão e clareza e responder às necessidades dos indivíduos
	Aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais normais da reprodução e do início da vida	(H11) Promover políticas e uma cultura de trabalho que valorize os processos normais de nascimento
1.i Facilitar processos de parto normal em ambientes institucionais e comunitários, incluindo domicílio da mulher	Práticas que facilitam e aquelas que interferem nos processos normais	(H2i) Utilizar recursos humanos e clínicos para fornecer atendimento personalizado às mulheres e seus bebês
	Políticas e protocolos sobre o atendimento de mulheres em contextos institucionais e comunitários	(H3i) Fornecer continuidade de cuidados por enfermeiras conhecidas pela mulher
	Disponibilidade de recursos em várias configurações	
1.j Avaliar o estado de saúde, rastrear os riscos para a saúde e promover a saúde geral e o bem-estar de mulheres e bebês	Visões da comunidade sobre e utilização de instalações de saúde e local/is de nascimento	(H1j) Realizar uma avaliação abrangente das necessidades de saúde sexual e reprodutiva
	Necessidades de saúde das mulheres relacionadas à reprodução	
	Condições de saúde que apresentam riscos durante a reprodução	(H2j) Avaliar fatores de risco e comportamento de risco
	Necessidades de saúde dos bebês e riscos comuns	(H3j) Solicitar, executar e interpretar testes de triagem laboratorial e / ou de imagem

*Tradução livre realizada pela autora em: BENEDET, D.C.F. **A competência da enfermeira para o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde:** Pesquisa-ação. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

Para acessar o material original consultar em: **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice: 2018 Update – Final version published January 2019. Available from** International Confederation of Midwives - <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>

		(H4j) Apresentar raciocínio crítico e raciocínio clínico baseado em evidências ao promover saúde e bem-estar (H5j) Fornecer informações de saúde e conselhos adaptados às circunstâncias individuais das mulheres e suas famílias (H6j) Contribuir com as mulheres para desenvolver e implementar um plano de cuidados
	Problemas de saúde comuns relacionados à sexualidade e reprodução	(H1k) Manter / promover condições seguras e higiênicas para mulheres e bebês
	Problemas de saúde comuns e desvios da normalidade em recém-nascidos	(H2k) Usar precauções universais de forma consistente
	Tratamento de problemas de saúde comuns	(H3k) Fornecer opções para as mulheres para lidar com e tratar problemas de saúde comuns
	Estratégias para prevenir e controlar a aquisição e transmissão de doenças ambientais e transmissíveis	(H4k) Usar tecnologia e intervenções de forma adequada para promover a saúde e prevenir complicações secundárias (H5k) Reconhecer quando a consulta ou encaminhamento for indicado para o gerenciamento de problemas de saúde identificados, incluindo a consulta com outras enfermeiras (H6k) Incluir a mulher na tomada de decisões sobre o encaminhamento para outros profissionais e serviços
	Intervenções de emergência / terapias de salvamento (ex. RCP, etc)	(H1L) Manter conhecimentos, habilidades e equipamentos atualizados para responder a situações de emergência
	Complicações / condições patológicas relacionadas ao estado de saúde	
	Limites do âmbito da prática da obstetrícia e da própria experiência	(H2L) Reconhecer situações que requeram conhecimentos para além dos cuidados de obstetrícia
	Sistemas de encaminhamento disponíveis para acesso médico e outro pessoal para gerenciar complicações	(H3L) Manter a comunicação com as mulheres sobre a natureza do problema, as medidas tomadas e o encaminhamento, se indicado
1.k Prevenir e tratar problemas de saúde comuns relacionados à reprodução e ao início da vida		
1.1 Reconhecer condições fora do âmbito da prática obstétrica e referir-se apropriadamente		

*Tradução livre realizada pela autora em: BENEDET, D.C.F. **A competência da enfermeira para o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde:** Pesquisa-ação. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

Para acessar o material original consultar em: **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice: 2018 Update – Final version published January 2019. Available from** International Confederation of Midwives - <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>

		(H4L) Determinar a necessidade de intervenção imediata e responder apropriadamente (H5L) Implementar uma intervenção em tempo e adequadamente, consulta inter-profissional e/ou encaminhamento em tempo, tendo em conta as circunstâncias locais. (H6L) Fornecer informações orais e escritas precisas a outros prestadores de cuidados quando o encaminhamento é feito (H7L) Colaborar com a tomada de decisões se for possível e apropriado
	Planos de instalações e protocolos para acessar recursos em tempo hábil	(H1m) Proteger a privacidade e a confidencialidade (H2m) Fornecer informações a todas as mulheres sobre fontes de ajuda, independentemente de haver ou não divulgação sobre violência (H3m) Perguntar rotineiramente sobre a segurança em casa e/ou no trabalho (H4m) Reconhecer possíveis sinais de abuso de aparência física, afeto emocional, comportamentos de risco relacionados, como abuso de substâncias (H5m) Fornecer apoio especial para adolescentes e vítimas de violência baseada no gênero, incluindo estupro (H6m) Contar com recursos da comunidade e ajudar a localizar ambiente seguro, conforme necessário
	Condições socioculturais, comportamentais e econômicas que frequentemente acompanham a violência e o abuso	
	Recursos na comunidade para ajudar mulheres e crianças	
1.m Cuidar de mulheres que sofrem violência física e sexual e abuso		
	Riscos e divulgação	
CATEGORIA 2 - PRÉ-GRAVIDEZ E PRÉ-NATAL: aborda sobre avaliação da saúde materna e fetal; promoção da saúde e bem estar; detecção de complicações durante a gestação e cuidado à mulher com gravidez não planejada		
COMPETÊNCIA	CONHECIMENTOS	HABILIDADES E ATITUDES
2.a Fornecer cuidados pré-concepcionais	Anatomia e fisiológica masculina e feminina relativa ao desenvolvimento reprodutivo e sexual	(2H1a) Identificar e auxiliar na redução de barreiras relacionadas ao acesso e uso de serviços de saúde sexual e reprodutiva

*Tradução livre realizada pela autora em: BENEDET, D.C.F. **A competência da enfermeira para o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde:** Pesquisa-ação. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

Para acessar o material original consultar em: **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice: 2018 Update – Final version published January 2019. Available from** International Confederation of Midwives - <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>

	Aspectos socioculturais da sexualidade humana	(2H2a) Avaliar o estado nutricional, estado atual de imunização, comportamentos de saúde como tabagismo, condições médicas existentes e exposição a teratógenos conhecidos
	Rastreamento baseado em evidências para câncer dos órgãos reprodutivos e outros problemas como diabetes, hipertensão, condições da tireoide e infecções crônicas que impactam na gravidez	(2H3a) Realizar procedimentos de triagem para infecções sexualmente transmissíveis e outras, HIV, câncer do colo do útero (2H4a) Fornecer aconselhamento sobre suplementos nutricionais, como ácido fólico, ingestão de alimentos, exercícios, atualização de imunizações, modificando comportamentos de risco e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis
	Fisiologia do ciclo menstrual e ovulatório	(2H1b) Confirmar a gravidez e estimar a idade gestacional a partir da história, exame físico, teste laboratorial e/ou ultrassonografia
	Componentes para um histórico de saúde abrangente, incluindo respostas psicossociais para gravidez e segurança em casa	(2H2b) Obter histórico de saúde abrangente
	Componentes para um o exame físico completo	(2H3b) Realizar um exame físico completo
2.b Determinar o estado de saúde da mulher		(2H4b) Obter amostras biológicas para testes laboratoriais, por ex. punção venosa, punção do dedo, amostras de urina e cotonetes vaginais
	Condições de saúde, incluindo infecções e condições genéticas detectadas pelo rastreio amostras de sangue e biológicas	(2H5b) Fornecer informações sobre as condições que podem ser detectadas pelo rastreamento
		(2H6b) Avaliar o status das imunizações, e atualizar conforme indicado
		(2H7b) Discutir descobertas e implicações potenciais com a mulher e determinar o plano de cuidado conjuntamente
2.c Avaliar o bem estar fetal	Fisiologia placentária, embriologia, crescimento e desenvolvimento fetal e indicadores de bem-estar fetal	(2H1c) Avaliar o tamanho fetal, o volume de líquido amniótico, a posição fetal, a atividade e a frequência cardíaca no exame do abdome materno
	Diretrizes baseadas em evidências para uso de ultrassom	(2H2c) Determinar se há indicações para avaliação / exame adicional e fazer referência de acordo

*Tradução livre realizada pela autora em: BENEDET, D.C.F. **A competência da enfermeira para o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde:** Pesquisa-ação. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

Para acessar o material original consultar em: **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice: 2018 Update – Final version published January 2019. Available from** International Confederation of Midwives - <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>

		(2H3c) Avaliar movimentos fetais e perguntar a mulher sobre atividade fetal
2.d Monitorar a progressão da gravidez	Mudanças fisiológicas e físicas usuais com o avanço da gravidez	(2H1d) Realizar avaliações do bem-estar físico e psicológico da mulher durante a gestação, relações familiares e necessidades de educação em saúde
	Necessidades nutricionais da gravidez	(2H2d) Fornecer informações sobre a gravidez normal para a mulher, seu parceiro, familiares ou outras pessoas de apoio
	Respostas psicológicas comuns à gravidez e sintomas de sofrimento psicológico	(2H3d) Sugerir medidas para lidar com desconfortos comuns da gravidez
	Evidências informadas nas políticas e diretrizes de cuidados pré-natais, incluindo a frequência de visitas pré-natais	(2H4d) Fornecer informações (incluindo escritas e / ou ilustradas) sobre sinais de perigo (por exemplo, sangramento vaginal, sinais de trabalho de parto prematuro, pré-parto, ruptura de membranas), preparação para emergências, e quando e onde encontrar ajuda
		(2H5d) Revisar com a mulher os resultados do progresso da gravidez e o plano de cuidados
2.e Promover e apoiar comportamentos de saúde que melhorem o bem estar	Impacto de condições sociais, ambientais e econômicas adversas na saúde materno-fetal	(2H1e) Fornecer apoio emocional às mulheres para incentivar mudanças no comportamento de saúde
	Efeitos da nutrição inadequada e trabalho físico pesado	(2H2e) Fornecer informações à mulher e à família sobre o impacto na mãe e no feto das condições de risco
	Efeitos do uso do tabaco e exposição ao tabagismo passivo, uso de álcool e drogas que causam dependência	(2H3e) Aconselhar as mulheres sobre a possibilidade de encaminhamento para profissionais ou serviços apropriados para assistência e tratamento
	Efeitos de medicamentos prescritos sob o feto	(2H4e) Respeitar as decisões das mulheres sobre a participação em tratamentos e programas
	Recursos da comunidade para apoio à renda, acesso a alimentos e programas para minimizar os riscos de abuso de substâncias	(2H5e) Fazer recomendações e identificar recursos para redução / cessação do tabagismo na gravidez

*Tradução livre realizada pela autora em: BENEDET, D.C.F. **A competência da enfermeira para o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde:** Pesquisa-ação. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

Para acessar o material original consultar em: **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice: 2018 Update – Final version published January 2019. Available from** International Confederation of Midwives - <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>

	Estratégias para prevenir ou reduzir os riscos de transmissão de doenças materno-infantis, incluindo opções de alimentação infantil em infecção pelo HIV	
	Efeitos da violência baseada em gênero, abuso emocional e negligência física	
2.f Fornecer orientação antepartória relacionada à gravidez, parto, amamentação, paternidade e mudança na família	Necessidades de indivíduos e famílias para diferentes informações em diferentes momentos em seus respectivos ciclos de vida	(2H1f) Participar em, e encaminhar mulheres e apoiar pessoas para programas de educação de parto
	Métodos de fornecimento de informações para indivíduos e grupos	(2H2f) Transmitir informações com precisão e clareza e responder às necessidades dos indivíduos
	Métodos para conhecer os sentimentos e expectativas maternas sobre si, o bebê e a família	(2H3f) Preparar a mulher, o parceiro e a família para reconhecer o início do parto, quando procurar atendimento e progresso do trabalho de parto
		(2H4f) Fornecer informações sobre as necessidades pós-parto, incluindo contracepção, cuidados com recém-nascidos e a importância da amamentação exclusiva para a saúde infantil
		(2H5f) Identificar necessidades ou problemas que requeiram maior conhecimento ou encaminhamento, como medo excessivo e relacionamentos disfuncionais
2.g Detectar, gerenciar e encaminhar mulheres com gestações complicadas	Complicações do início da gravidez, como aborto espontâneo ou ameaça, e gravidez ectópica	(2H1g) Em caso de emergência, estabilizar e fazer a referência para tratamento conforme necessidade
	Comprometimento fetal, restrição de crescimento, mal posicionamento, trabalho de parto prematuro	(2H2g) Colaborar no cuidado ou encaminhar para o tratamento de complicações
		(2H3g) Implementar atividades de cuidados intensivos para apoiar as funções vitais do corpo (por exemplo, fluidos intravenosos (IV))

*Tradução livre realizada pela autora em: BENEDET, D.C.F. **A competência da enfermeira para o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde:** Pesquisa-ação. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

Para acessar o material original consultar em: **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice: 2018 Update – Final version published January 2019. Available from** International Confederation of Midwives - <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>

	Sinais e sintomas de condições patológicas maternas, como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e outras doenças sistêmicas	(2H4g) Mobilizar doadores de sangue, se necessário
	Sinais de emergências agudas, como hemorragia, convulsões e sepse	(2H5g) Transferir para instalação de nível superior, se necessário
	Evidências sobre desfechos de nascimento em diferentes locais de nascimento	(2H1h) Discutir opções, preferências e planos de contingência com a mulher e pessoas de apoio e respeitar a decisão
	Disponibilidade de opções em localização específica; limitações do clima, geografia, meios de transporte e recursos disponíveis em instalações	(2H2h) Fornecer informações sobre como preparar o local de nascimento se na comunidade, por exemplo viagem e admissão às instalações
	Políticas e diretrizes locais	(2H3h) Promover a disponibilidade de uma gama completa de configurações de nascimento
	Complexidade de tomada de decisão sobre gravidezes não intencionais ou mal planejadas	(2H1i) Confirmar a gravidez e determinar a idade gestacional; referir para ultrassonografia se gestação desconhecida e / ou sintomas de gravidez ectópica
	Contracepção de emergência	(2H2i) Aconselhar a mulher sobre opções para manter ou terminar a gravidez e respeitar a decisão final
	Opções legais para o aborto induzido; elegibilidade e disponibilidade de e serviços de aborto cirúrgico	(2H3i) Fornecer cuidados pré-natais de apoio se a gravidez continuar; referir-se à agências e serviços sociais para apoio e assistência quando necessário
	Medicamentos usados para induzir o aborto; propriedades, efeitos e efeitos colaterais	(2H4i) Identificar no histórico obstétrico, médico e social, contraindicações para métodos de medicação ou aspiração
	Riscos do aborto inseguro	(2H5i) Fornecer informações sobre regulamentos legais, elegibilidade e acesso a serviços de aborto
	Métodos de planejamento familiar apropriados para o período pós-aborto	(2H6i) Fornecer informações sobre procedimentos de aborto, possíveis complicações, manejo da dor e quando procurar ajuda
	Cuidado e apoio (físico e psicológico) necessários durante e após o aborto	(2H7i) Consulte o provedor de serviços de aborto mediante solicitação
2.h Ajudar a mulher e sua família a planejar um local de nascimento apropriado		
2.i Prestar cuidados às mulheres com gravidez indesejada ou não planejada		

*Tradução livre realizada pela autora em: BENEDET, D.C.F. **A competência da enfermeira para o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde:** Pesquisa-ação. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

Para acessar o material original consultar em: **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice: 2018 Update – Final version published January 2019. Available from** International Confederation of Midwives - <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>

		(2H8i) Fornecer cuidados pós-aborto: –Confirmar a expulsão do conceito a partir do histórico, ultrassonografia ou níveis de HCG –Rever as opções de contracepção e iniciar o uso imediato do método –Explorar a resposta psicológica ao aborto
--	--	---

*Tradução livre realizada pela autora em: BENEDET, D.C.F. **A competência da enfermeira para o cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde**: Pesquisa-ação. 201 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2021.

Para acessar o material original consultar em: **Essential Competencies for Basic Midwifery Practice: 2018 Update – Final version published January 2019. Available from** International Confederation of Midwives - <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>

APÊNDICE II – ARTIGO: COMPETÊNCIA DA ENFERMEIRA NO CUIDADO PRÉ-NATAL: POTENCIALIDADES, ENTRAVES E POSSIBILIDADES

Revista de Enfermagem
do Centro-Oeste Mineiro
2019;9:e3544
DOI:10.19175/recom.v9i0.3544
www.ufsj.edu.br/recom



Artigo de Revisão

COMPETÊNCIA DA ENFERMEIRA NO CUIDADO PRÉ-NATAL: POTENCIALIDADES, ENTRAVES E POSSIBILIDADES

NURSING COMPETENCE IN PRENATAL CARE: POTENTIALITIES, BARRIERS AND POSSIBILITIES

COMPETENCIA DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO PRÉNATAL: POTENCIALIDADES, BARRERAS Y POSIBILIDADES

Deisi Cristine Forlin Benedet¹, Marilene Loewen Wall¹, Maria Ribeiro Lacerda¹, Andréa Cristina de Moraes Chaves Thuler¹, Camila Caroline Szpin¹, Adriana Aparecida Piler²

RESUMO

Objetivo: Identificar potencialidades, entraves e possibilidades, quanto ao cuidado pré-natal com competência. **Método:** Revisão integrativa realizada, em junho de 2018, em cinco bases de dados de amplo acesso na área da saúde, combinaram-se descritores e termos relativos à temática. Incluíram-se artigos originais, disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, espanhol ou português, sem delimitação temporal. **Resultados:** Foram incluídos 20 estudos, 55% de abordagem quantitativa, e 20% apresentam a definição de competência utilizada. A escuta ativa, vínculo e orientações em saúde são potencialidades apontadas por gestantes e enfermeiras; déficit de conhecimento e habilidade, alta rotatividade de profissionais, metas quantitativas e excesso de trabalho burocrático foram alguns entraves destacados; e educação permanente, feedback da população e maior articulação serviço, ensino e associações de classe constituem-se em algumas possibilidades para desenvolvimento de competência no cuidado pré-natal. **Considerações finais:** Para aperfeiçoar o cuidado prestado, exige-se um esforço coletivo, tanto pessoal como em equipe, das instituições de serviço, ensino e classe, para que a formação desenvolva a competência profissional e, em serviço, essa se perpetue direcionada à responder as necessidades de saúde das gestantes.

Descritores: Competência profissional; Cuidado Pré-Natal; Cuidado de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify potentialities, barriers and possibilities regarding competently prenatal care. **Method:** Integrative review conducted in June 2018 in five widely accessible health databases by combining descriptors and terms related to the subject. Original articles, available in full in English, Spanish or Portuguese, without temporal delimitation were included. **Results:** Twenty studies were included, 55% presenting a quantitative approach and 20% presenting the definition of competence. Active listening, bonding and health orientations are potentialities pointed out by pregnant women and nurses; lack of knowledge and skill, high staff renewal rate, quantitative goals and excessive bureaucratic work were some highlighted obstacles. Continuing education, population feedback and greater articulation service, teaching and class associations are some possibilities for developing prenatal care competence. **Final considerations:** To improve the provided care requires a collective effort, both personal and team, of the service, teaching and class institutions, so that the training develops the professional competence and in service that is perpetuated directed to answer the needs of health of pregnant women.

Descriptors: Professional Competence; Prenatal Care; Nursing Care; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar potencialidades, barreras y posibilidades con respecto a la atención prenatal competente. **Método:** Revisión integradora realizada en junio del 2018 en cinco bases de datos de amplio acceso en el área de la salud, se combinaron descriptores y términos de la temática. Se incluyeron artículos originales, en su totalidad, en inglés, español o portugués, sin delimitación temporal. **Resultados:** Se incluyeron 20 estudios, 55% de abordaje cuantitativo, y 20% presentan la definición de competencia utilizada. La escucha activa, el vínculo y las orientaciones de salud son potencialidades señaladas por mujeres embarazadas y enfermeras; los déficits de conocimiento y habilidades, la alta rotación de profesionales, los objetivos cuantitativos y el trabajo burocrático excesivo fueron algunos obstáculos destacados; y la educación continua, la retroalimentación de la población y un mayor servicio de articulación, enseñanza y asociaciones de clase son algunas posibilidades para desarrollar la competencia de atención prenatal. **Consideraciones finales:** Para mejorar la atención brindada se requiere un esfuerzo colectivo, tanto personal como de equipo, del servicio, instituciones de enseñanza y en clase, para que en la formación se desarrolle la competencia profesional y en el servicio para que se perpetúe en la dirección de responder a las necesidades de la salud de la embarazada.

Descriptores: Competencia Profesional; Atención Prenatal; Atención de Enfermería; Atención Primaria de Salud.

¹Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal do Paraná UFPR, Brasil. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem. ²Enfermeira. Professora do Departamento de Enfermagem da UFPR. Vice-líder do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano e Enfermagem. ³Enfermeira. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Professora Visitante do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSM. ⁴Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR. Membro do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano e Enfermagem. ⁵Enfermeira no Hospital de Clínicas da UFPR. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem da UFPR. ⁶Enfermeira do Hospital de Clínicas da UFPR. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Mestrado Profissional da UFPR.

Como citar este artigo:

Benedet DCF, Wall ML, Lacerda MR, et al. Competência da enfermeira no cuidado pré-natal: potencialidades, entraves e possibilidades. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2019;9:e3470. [Acessado ____]; Available in: _____. DOI> <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v9i0.3544>

APÊNDICE III – ROTEIRO PARA DIÁRIO DE CAMPO PROVENIENTE DE OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE DO CUIDADO PRÉ-NATAL

UNIDADE DE SAÚDE: _____ DATA: ____/____/____ HORÁRIO: ____:____

Profissional que realizou: _____

Motivo da Consulta: _____

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Profissional que realizou a consulta: _____

Apresentação à gestante e acompanhante ao iniciar a consulta?

() Sim () Não

Indagação quanto a queixa principal?

() Sim () Não

Identificação adequada da gestante

() Sim () Não

Registro de aspectos como:

Cor ()

Idade ()

Escolaridade ()

Atuação profissional/Ocupação ()

Condições de moradia ()

Saneamento básico ()

ANAMNESE

Questionamento sobre dados socioeconômicos: () Sim () Não

Antecedentes familiares: () Sim () Não

Antecedentes pessoais: () Sim () Não

Antecedentes ginecológicos: () Sim () Não

Antecedentes obstétricos: () Sim () Não

Gestação atual: () D.U.M () D.P.P. () Idade gestacional () Queixas

EXAME FÍSICO GERAL

- determinação do peso e da altura ()

- aferição da pressão arterial ()

- inspeção da pele e das mucosas ()

- palpação da tireoide e de todo o pescoço, região cervical e axilar ()

- ausculta cardiopulmonar ()

- determinação da frequência cardíaca ()

- exame do abdômen ()

- exame dos membros inferiores ()

- pesquisa de edema ()

EXAME FÍSICO ESPECÍFICO

- Inspeção, palpação e expressão das mamas ()

- Avaliação da altura uterina ()

- Palpação obstétrica e identificação da situação e apresentação fetal ()

- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais ()

- Inspeção de genitais externos ()

- Realização de exame especular ()

Realização de testes rápidos na vinculação:

- Teste rápido de gravidez Sim () Não () Não se aplica ()
- Teste rápido para HIV Sim () Não () Não se aplica ()
- Teste rápido para sífilis Sim () Não () Não se aplica ()
- Teste rápido de Hepatite B Sim () Não () Não se aplica ()
- Teste rápido de Hepatite C Sim () Não () Não se aplica ()
- Eletroforese de hemoglobina (teste da mãezinha) Sim () Não () Não se aplica ()

Orientação quanto aos testes rápidos:

Sim () Não () Não se aplica ()

Solicitação de exames de rotina:

EXAMES	1ª ROTINA	2ª ROTINA	3ª ROTINA
Teste rápido de gravidez	S () N () NA ()		
Teste rápido para HIV* ou pesquisa de anticorpos antiHIV1 + HIV 2 (Elisa)	S () N () NA ()	S () N () NA ()	S () N () NA ()
Teste rápido para sífilis (teste treponêmico)	S () N () NA ()	S () N () NA ()	
VDRL* (teste não treponêmico)	S () N () NA ()	S () N () NA ()	S () N () NA ()
FTA-ABS ou CMIA (testes treponêmicos)	S () N () NA ()	S () N () NA ()	S () N () NA ()
Teste rápido de proteinúria	S () N () NA ()	S () N () NA ()	S () N () NA ()
Triagem sanguínea (grupos ABO, Fator Rh)	S () N () NA ()		
Eletroforese de hemoglobina (teste da mãezinha)	S () N () NA ()		
Hemoglobina e Hematócrito	S () N () NA ()	S () N () NA ()	S () N () NA ()
Cultura de urina (urocultura)	S () N () NA ()	S () N () NA ()	S () N () NA ()
Urina I	S () N () NA ()		
Cultura de Bactérias	S () N () NA ()		
Dosagem de glicose	S () N () NA ()		
Teste oral de tolerância à glicose (entre 24 – 28 semanas)		S () N () NA ()	
Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBS AG)	S () N () NA ()		
Ultrassonografia obstétrica	S () N () NA ()	S () N () NA ()	
Exame citopatológico cérvico-vaginal/microflora	S () N () NA ()		
Toxoplasmose (igG e igM)	S () N () NA ()	S () N () NA ()	S () N () NA ()
Teste de avididade de igG para toxoplasmose	S () N () NA ()		
Teste indireto de antiglobulina humana (TIA) (COOBS indireto)	S () N () NA ()		

Parasitológico de fezes	S () N () NA ()		
Pesquisa para hormônio tireoestimulante – TSH	S () N () NA ()		

Orientação da gestante quanto:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| -Hábitos alimentares () | -Importância do pré-natal () |
| -Higiene () | -Planejamento familiar () |
| -Atividade física () | -Importância da amamentação () |
| -Relação sexual () | -Sinais e sintomas da gestação () |
| -Tabagismo () | -Sinais de alerta () |
| -Alcoolismo () | -Automedicação () |
| -Modificações corporais () | -Outros () |
| -Direitos da gestante () | _____. |

Avaliação da situação vacinal: Completa () Parcial ()

- DTPa: Sim () Não () Não se aplica ()
- Hepatite B: Sim () Não () Não se aplica ()
- Antitetânica: Sim () Não () Não se aplica ()
- Influenza: Sim () Não () Não se aplica ()

Prescrição de suplementação com:

- Ácido Fólico ()
- Sulfato Ferroso ()

Orientação para avaliação odontológica: Sim () Não ()

Estratificação do risco gestacional: Sim () Não ()

Realiza o agendamento de consultas subsequentes: () Sim () Não

Faz os encaminhamentos, se necessário () Sim () Não

Realiza o registro adequadamente: () prontuário () cartão da gestante

Há grupo de gestantes no serviço: () Sim () Não

Orienta sobre grupo de gestante: () Sim () Não

REGISTRA AS INFORMAÇÕES NO PRONTUÁRIO DA GESTANTE

Registra do peso da gestante: () Sim () Não

Registra da altura da gestante: () Sim () Não

Registra dos sinais vitais da gestante:

() Temperatura () Pressão Arterial () Pulso () Frequência cardíaca

Registra queixas da gestante: () Sim () Não

Registra sentimentos/dúvidas da gestante: () Sim () Não

Registra estado emocional da gestante: () Sim () Não

Registra testes rápidos realizados: () Sim () Não () Não se aplica

Registra antecedentes pessoais: () Sim () Não () Não se aplica

Registra antecedentes familiares: () Sim () Não () Não se aplica

Registra antecedentes ginecológicos: () Sim () Não () Não se aplica

Registra antecedentes obstétricos: () Sim () Não () Não se aplica

Registra DUM: () Sim () Não () Não se aplica

Registra Idade Gestacional: () Sim () Não () Não se aplica

Registra Data provável do Parto: () Sim () Não () Não se aplica

Registra exame físico geral: () Sim () Não () Não se aplica

Registra exame físico das mamas: () Sim () Não () Não se aplica

Registra exame ginecológico externo: () Sim () Não () Não se aplica

Registra coleta de citopatológico: () Sim () Não () Não se aplica

Registra Altura uterina: () Sim () Não () Não se aplica

Registra BCF: () Sim () Não () Não se aplica

Registra avaliação de membros: () Sim () Não

Registra resultados de exames: () Sim Completo () Sim Incompleto () Não () Não se aplica

Registra exames solicitados: () Sim () Não () Não se aplica

Registra estado vacinal: () Sim Completo () Sim Incompleto () Não () Não se aplica

Registra suplementos prescritos: () Sim () Não () Não se aplica

Registra risco gestacional: () Sim () Não

Registra orientações realizadas: () Sim () Não

Quais: _____

Registra encaminhamentos: () Sim () Não () Não se aplica

Assina corretamente os registros (nome e Coren): () Sim () Não

REGISTRA AS INFORMAÇÕES NA CADERNETA DA GESTANTE

I- IDENTIFICAÇÃO	SIM	NÃO	VI – EXAME GINECOLÓGICO/OBSTÉTRICO	SIM	NÃO
Nome			DUM		
Local de realização do pré-natal (US)			DPP		
Telefone da US			IG		
Hospital/Maternidade vinculada			Mamas		
Endereço			Vulva		
Telefone			Vagina		
Registro do cartão SUS			Útero		
Número do SISPRÉNATAL			Especular		
Número do prontuário da US			Colpocitologia oncótica		
Estratificação de risco			Outros		
Data de nascimento:					
Endereço:			VII – ATENÇÃO ODONTOLÓGICA		
Telefone:			Registro encaminhamento		
Contato de emergência:					
Estado civil:			VIII – CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO		
Raça/Etnia:			Data		
Escolaridade			Classificação de risco		
Ocupação			Avaliação nutricional		
Renda Familiar			Pressão Arterial		
Planejamento da gestação			Pulso		
Método anticoncepcional utilizado anteriormente			Temperatura		
			Idade gestacional		
II – ANTECEDENTES PESSOAIS			Altura Uterina		
Patologias			Apresentação fetal		
Uso de medicamento			Batimentos cardíofetais		
Uso de drogas lícitas ou ilícitas			Gráfico crescimento uterino		
			Gráfico acompanhamento nutricional		

III - ANTECEDENTES FAMILIARES					
Registro			IX - REGISTRO DE EXAMES		
Descrição em caso de positivo para algum antecedente			Testes rápidos		
			Rotina 1º trimestre		
IV- ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS			Rotina 2º trimestre		
			Rotina 3º trimestre		
V - EXAME FÍSICO - Vinculação					
Data			X - REGISTRO DE VACINAS		
Estatura			Antitetânica		
Peso pré-gestacional			Hepatite B		
IMC			DTpa		
Cabeça/pescoço			Influenza		
Tórax			Em caso de intercorrências, registro adequado		
Aparelho circulatório					
Pulmões					
Abdômen					
Membros					
Sistema Nervoso					

APÊNDICE IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Marilene Loewen Wall (Professora Doutora do Departamento de Enfermagem), Maria Ribeiro Lacerda (Coorientadora do projeto) e Deisi Cristine Forlin Benedet (Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, enfermeiro/a da Atenção Primária à Saúde a participar de um estudo intitulado Competências de Enfermeiras no Cuidado Pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

a) O objetivo desta pesquisa é promover o desenvolvimento das competências de enfermeiras no Cuidado Pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

b) Caso você aceite participar da pesquisa, informamos que durante sua prática profissional será realizado observação não participante pelo pesquisador com registro em diário de campo, você deverá responder a questionário estruturado e autoaplicável e participar de oficinas.

c) Para tanto você levará um tempo de aproximadamente 10 minutos para responder ao questionário, e a participação nas oficinas ocorrerá em horário de trabalho, mediante apoio da Secretaria Municipal de Saúde.

d) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser constrangimento aos serem observados em sua prática profissional bem como durante as entrevistas e oficinas.

e) O benefício direto esperado com essa pesquisa é o aprimoramento das competências de enfermeiras no cuidado pré-natal, almejando-se incidir diretamente na redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil.

f) Os pesquisadores, Marilene Loewen Wall, Maria Ribeiro Lacerda e Deisi C. F. Benedet, responsáveis por este estudo poderão ser localizados no Departamento de Enfermagem da UFPR, campus Jardim Botânico, Avenida Prefeito Lothário Meissner, 632, 4º andar do Bloco Didático II, e-mail: wall@ufpr.br, mrlacerda55@gmail.com, e deisiforlin@ufpr.br fone 3232 6300, no horário entre 08 e 17h de segunda à sexta-feira, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como as professoras orientadora e coorientadora. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

i) Os materiais obtidos durante a pesquisa, como resultantes de questionários autoaplicáveis, observação não participante, registro de dados de prontuário e caderneta da gestante, gravação em áudio e vídeo realizadas durante as oficinas – serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão destruídos/descartados ao término do estudo, num prazo máximo de 5 anos.

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa deslocamento, impressões e cópias, material educativo não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal _____
Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____
Orientador _____

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde/UFPR. Parecer CEP/SD-PB.nº <u>2616.148</u> na data de <u>24/04/2013</u> . <u>glt</u>

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR |
CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo |
Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br – telefone (041) 3360-7259

k) Você terá a garantia de que problemas como desconforto ao responder ao questionário, participar da observação e das oficinas decorrentes do estudo serão tratados nos seminários e poderão ser encaminhados ao apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, caso necessário.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

n) Autorizo (), não autorizo (), o uso de minha imagem em registros de áudio, vídeo e fotografia, com a finalidade de servir de dados à pesquisa, sendo seu uso restrito a gravação em áudio, vídeo e fotografia, desde que esses registros sejam devidamente descartado no prazo máximo de cinco anos.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu processo de trabalho.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.



Pinhais, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Setor de Ciências da
Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB.nº 2616/18
na data de 24/04/2018. gld

APÊNDICE V – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

	<p align="center">UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>	
---	--	---

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Eu, _____, portadora do Documento de Identidade nº _____, declaro que fui esclarecida sobre os aspectos da pesquisa intitulada “Competências de enfermeiras no cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde”. Estou ciente que minha anuência não acarretará em danos à mim ou ao meu bebê, e que não receberei pagamento por minha concordância. Assim, estou de acordo que a pesquisadora observe a consulta de vinculação ao pré-natal realizada pela enfermeira desta Unidade de Saúde.

Pinhais, ____ de _____ de _____.

Assinatura

Pesquisa de Doutorado oriunda do projeto intitulado “Competências de Enfermeiras no cuidado pré-natal na Atenção Primária à Saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná no dia 24 de abril de 2018, sob Parecer: 2.616.148 e CAAE: 83070218.0.0000.0102.

APÊNDICE VI – CONTE-ME UM POUCO SOBRE VOCÊ

Qual o seu nome e idade?

Qual seu estado civil? Você tem filhos?

Em qual instituição de nível superior você teve sua formação em enfermagem e em que ano?

O que motivou sua escolha pela enfermagem?

Há quanto tempo você atua na enfermagem?

E na Atenção Primária à Saúde, há quanto tempo você atua?

Essa atuação na APS, sempre foi aqui nesse município? Se não, conte sobre isso?

Há quanto tempo você atua no cuidado pré-natal?

Depois que concluiu a graduação, você fez algum curso de pós-graduação? Qual/is, em qual instituição e quando concluiu?

Você já participou em algum curso(s)/treinamento(s) de atualização/aprimoramento na área de assistência ao pré-natal, após a graduação? Caso sim, qual/is, em qual instituição e quando concluiu?

Você participa de eventos da área de saúde da mulher para atualização dos conhecimentos? Se sim, descreva os mais recentes e quando foram.

ANEXO I – CONCORDÂNCIA DOS SERVIÇOS ENVOLVIDOS



PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHAIS
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria Municipal de Saúde



CONCORDÂNCIA DOS SERVIÇOS ENVOLVIDOS

Pinhais, 02 de fevereiro de 2018.


Senhor Coordenador,

Declaramos que nós da Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa Competências de Enfermeiras no Cuidado Pré-natal na Atenção Primária à Saúde sob a responsabilidade da Professora Doutora Marilene Loewen Wall a ser desenvolvido pela doutoranda Deisi Cristine Forlin Benedet, nas dependências dos serviços de saúde na Atenção Primária do município, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em 2021.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão profissionais de saúde na área de enfermagem que atuem na Atenção Primária à Saúde com atividades que incluam o cuidado pré-natal, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012(CNS) e complementares.

Atenciosamente,


Adriane da Silva Jorge Carvalho
 Secretária Municipal de Saúde


Jaqueline Fumes Juvenal Zômpero
 Diretora Interina do Depto. de Assistência à Saúde

Jaqueline Fumes Juvenal Zômpero
 Garante da Rede Básica
 Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais



PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHAIS
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria Municipal de Saúde



CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Pinhais, 02 de fevereiro de 2018.

Senhor Coordenador,

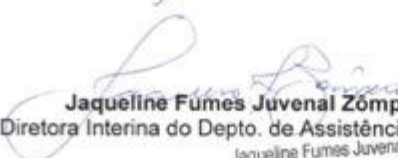
Declaramos que nós da Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais, estamos de acordo com a condução do projeto de pesquisa Competências de Enfermeiras no Cuidado Pré-natal na Atenção Primária à Saúde sob a responsabilidade da Professora Doutora Marilene Loewen Wall a ser desenvolvido pela doutoranda Deisi Cristine Forlin Benedet, nas dependências dos serviços de saúde na Atenção Primária do município, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, até o seu final em 2021.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão profissionais de saúde na área de enfermagem que atuem na Atenção Primária à Saúde com atividades que incluam o cuidado pré-natal, bem como de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012(CNS) e complementares.

Da mesma forma, estamos cientes que os pesquisadores somente poderão iniciar a pesquisa pretendida após encaminharem, a esta Instituição, uma via do parecer de aprovação do estudo exarado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.

Atenciosamente,


Adriane da Silva Jorge Carvalho
 Secretária Municipal de Saúde


Jaqueline Fumes Juvenal Zômpero
 Diretora Interina do Depto. de Assistência à Saúde
 Jaqueline Fumes Juvenal Zômpero
 Gerente da Rede Básica
 Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais

ANEXO II – APROVAÇÃO CEP

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Competências de Enfermeiras no Cuidado Pré-natal na Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Marilene Loewen Wall

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83070218.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.616.148

Apresentação do Projeto:

Protocolo oriundo do programa de Pós-Graduação em Enfermagem, intitulado Competências de Enfermeiras no Cuidado Pré-natal na Atenção Primária à Saúde, sob a responsabilidade da Professora Dra. MARilene Loewenn Wall, e a colaboração da Professora Dra. MARIA Ribeiro Lacerda e da doutoranda Deise Cristine Forlin Benedet.

O estudo será desenvolvido no Município de Pinhais, PR.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

- Promover o desenvolvimento das competências de enfermeiras no Cuidado Pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

1.2 Objetivos Específicos

- Identificar as competências da enfermeira no Cuidado Pré-natal na Atenção Primária à Saúde.
- Identificar potencialidades e fragilidades no Cuidado Pré-natal na Atenção Primária à Saúde.
- Construir ações para promover o desenvolvimento de competências de enfermeiras no Cuidado Pré-natal na Atenção Primária à Saúde.
- Avaliar os resultados a partir das ações desenvolvidas para desenvolver competências de

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 2.616.148

enfermeiras no Cuidado Pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios que a pesquisa pode trazer à população e sociedade permeiam, respectivamente, um serviço de maior qualidade às mulheres e famílias durante o período gravídico-puerperal, que pode impactar diretamente para redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil.

Durante o desenvolvimento da pesquisa os profissionais participantes podem sentir-se constrangidos aos serem observados em sua prática, bem como durante as entrevistas e oficinas. Toda vez que o profissional participar da entrevista, da oficina e da observação.

Para minimizar e amenizar esses riscos, serão cumpridos todos os preceitos éticos da legislação vigente, bem como o reforço aos participantes quanto a possibilidade de desistência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sem qualquer prejuízo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O cuidado pré-natal de qualidade possibilita identificar situações que possam comprometer o desenvolvimento saudável da gestação, refletindo em menores taxas de morbimortalidade materno-infantil. O Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde, enquanto membro da equipe profissional, tem competência e respaldo para prestar cuidado à gestante de baixo risco durante o período gravídico-puerperal, nesse sentido, faz-se necessário que esse cuidado seja de qualidade e visando atender as necessidades da gestante e família, com base nas melhores evidências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram anexados

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as sugestões foram incorporadas no projeto e no TCLE.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.616.148

participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor agendar a retirada do TCLE pelo telefone 41-3360-7259 ou por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1071930.pdf	19/03/2018 11:18:59		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_ajustes_de_pendencias_conforme_parecer_consultado_d_o_CEP.doc	19/03/2018 11:18:19	Marilene Loewen Wall	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_CORRIGIDO_19_03_2018.doc	19/03/2018 11:14:05	Marilene Loewen Wall	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	13_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_CORRIGIDO_19_03_2018.doc	19/03/2018 11:13:42	Marilene Loewen Wall	Aceito
Declaração de Pesquisadores	_1_Oficio_de_encaminhamento_ao_CEP.pdf	09/02/2018 09:39:31	Marilene Loewen Wall	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa.doc	09/02/2018 09:36:52	Marilene Loewen Wall	Aceito
Declaração de Pesquisadores	_9_Termo_de_compromisso_para_inicio_da_pesquisa.pdf	09/02/2018 09:36:17	Marilene Loewen Wall	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	13_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.doc	09/02/2018 09:35:57	Marilene Loewen Wall	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 2.616.148

Justificativa de Ausência	13_Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.doc	09/02/2018 09:35:57	Marilene Loewen Wall	Aceito
Outros	Check_list.pdf	05/02/2018 20:47:50	Marilene Loewen Wall	Aceito
Declaração de Pesquisadores	12_Termo_de_responsabilidade_no_projeto.pdf	05/02/2018 20:46:28	Marilene Loewen Wall	Aceito
Declaração de Pesquisadores	11_Termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_de_arquivo.pdf	05/02/2018 20:46:05	Marilene Loewen Wall	Aceito
Declaração de Pesquisadores	8_Declaracao_de_uso_especifico_de_material_e_ou_dados_coletados.pdf	05/02/2018 20:45:28	Marilene Loewen Wall	Aceito
Declaração de Pesquisadores	7_Declaracao_de_tornar_publicos_os_resultados.pdf	05/02/2018 20:45:12	Marilene Loewen Wall	Aceito
Declaração de Pesquisadores	6_Termo_de_confidencialidade.pdf	05/02/2018 20:44:58	Marilene Loewen Wall	Aceito
Outros	4_Concordancia_da_instituicao_coparticipante.pdf	05/02/2018 20:44:39	Marilene Loewen Wall	Aceito
Outros	3_Concordancia_dos_servicos_envolvidos.pdf	05/02/2018 20:44:05	Marilene Loewen Wall	Aceito
Declaração de Pesquisadores	2_Analise_de_merito_cientifico_a_ser_certificada_pelo_pesquisador_principal.pdf	05/02/2018 20:43:13	Marilene Loewen Wall	Aceito
Outros	_Ata_de_aprovacao_do_projeto_PPGE_NF.pdf	05/02/2018 20:42:56	Marilene Loewen Wall	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_para_pesquisa_envolvendo seres humanos.pdf	05/02/2018 20:41:41	Marilene Loewen Wall	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 24 de Abril de 2018

**Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)**

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**ANEXO III – ROTEIRO INCORPORADO PELAS ENFERMEIRAS PÓS-OFFICINAS
REFLEXIVAS: REGISTRO NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO –
Consulta de vinculação**

S#

Adesão ao SIS-Prénatal

G A P

Menarca:

Início da atividade sexual:

Método contraceptivo:

DUM:

IG:

DUP:

Complicações em gestações anteriores:

Amamentação prévia:

Teste de gravidez:

Peso anterior:

Estado civil:

Escolaridade:

Ocupação:

Recebe bolsa família:

Gestação planejada:

Doenças prévias:

Vícios:

Medicações:

Alimentação:

Eliminações:

Imunização:

Coleta de CO:

Queixas principais:

O#

BEG, LOTE, corada, hidratada, deambulando.

Tórax simétrico, ausculta pulmonar MV + bilateral, ausência de RA

AC BCNFs, sp

Abdome flácido, indolor à palpação, RHA +

BCF não audível

ECM: mamas simétricas, flácidas, ausência de nódulos palpáveis, mamilos protusos.

Edema MMII: sem edema, pulsos palpáveis

Tireóide: sp

A#

Rotina de adesão ao Pré-natal de _____

P#

Oriento uso de preservativo e ofereço testes para o companheiro

Solicito ultrassonografia obstétrica e primeira rotina de exames

Prescrevo Sulfato Ferroso e Ácido Fólico

Orienta coleta de citopatológico após 20ª semana e importância

Oriento avaliação odontológica

Forneço carteirinha e oriento importância do Pré-natal e acompanhamento na USF

Agendo retorno em 30 dias com o médico XX.

